

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA FÉMINISATION DU SIDA EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE:
LES POLITIQUES DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LEUR PRISE EN COMPTE DU GENRE

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCE POLITIQUE

PAR
ELISABETH KIMMEL

MARS 2007

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser ici tous mes remerciements aux personnes qui m'ont apporté leur aide et leurs encouragements et qui ont ainsi contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Tout d'abord, je remercie ma directrice de recherche Madame Chantal Rondeau pour ses précieux conseils, son support et sa disponibilité tout au long de ce travail.

J'adresse mes plus sincères remerciements à ma famille qui m'a toujours soutenue et encouragée au cours de mes études.

Finalement je tiens à remercier Sophie et Jean-François pour leur compréhension et leur soutien qu'ils m'ont apporté tout au long de ce mémoire.

Table des matières

LISTE DES FIGURES.....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES.....	vi
Résumé.....	viii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
LA PROBLÉMATIQUE FEMMES, DÉVELOPPEMENT ET SIDA EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE.....	6
1.1.Le cadre d'analyse « femmes et développement ».....	6
1.1.1.Le genre, de quoi parle-t-on?.....	6
1.1.2.Les femmes dans le développement.....	8
1.2.La situation et l'évolution du sida en Afrique subsaharienne depuis le début de l'épidémie jusqu'à nos jours.....	16
1.3.L'évolution du sida chez les femmes africaines.....	19
1.4.La vulnérabilité particulière des femmes face au sida.....	21
1.5.Le modèle de Gupta.....	26
CHAPITRE II	
LES INSTITUTIONS INTERNATIONALES, LEUR LUTTE CONTRE LE SIDA ET L'INTÉGRATION DU GENRE.....	29
2.1.Les politiques de lutte contre le sida des institutions internationales.....	29
2.1.1.Les premiers pas vers une coopération internationale dans la lutte contre le sida.....	30
2.1.2.La lutte contre le sida, un échec?.....	34
2.2.Les institutions internationales: une approche différenciée selon le genre?.....	39
2.2.1.Les institutions internationales et l'intégration du genre.....	39
2.2.2.La lutte contre le sida et l'intégration du genre.....	42
2.3.Les intentions et les actions.....	51

CHAPITRE III	
LES RÉPONSES NATIONALES À L'ÉPIDÉMIE DU SIDA EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE ET LEUR PRISE EN COMPTE DU GENRE.....	57
3.1.Les politiques nationales de lutte contre le sida	58
3.1.1.Les ripostes nationales au sida des deux « pays modèles ».....	61
3.1.2.Les pays au taux de prévalence élevé et leur riposte nationale à la pandémie du sida.....	69
3.2.L'intégration du genre dans les politiques nationales.....	78
3.2.1.L'intégration du genre dans les politiques de lutte contre le sida des «pays modèles».....	79
3.2.2.L'intégration du genre dans les politiques de lutte contre le sida des quatre pays africains ayant un taux de prévalence élevé.....	86
3.3.La mise en oeuvre du Programme de Beijing.....	97
CONCLUSION.....	104
ANNEXE 1.....	110
TABLEAU THÉMATIQUE: LES RÉPONSES NATIONALES AU SIDA	
ANNEXE 2.....	113
TABLEAU THÉMATIQUE: LES RÉPONSES NATIONALES AU SIDA (suite)	
ANNEXE 3.....	116
TABLEAU THÉMATIQUE: L'INTÉGRATION DU GENRE DANS LES RÉPONSES NATIONALES AU SIDA	
ANNEXE 4.....	119
TABLEAU THÉMATIQUE: L'INTÉGRATION DU GENRE DANS LES RÉPONSES NATIONALES AU SIDA (suite)	
BIBLIOGRAPHIE.....	122

LISTE DES FIGURES

Figure		Page
1.1.	L'évolution de l'épidémie de VIH en Afrique subsaharienne (1985-2005)	18
1.2.	Nombre de femmes et d'hommes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne (1985-2004)	20

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
2.1.	L'évolution dans le domaine de l'éducation primaire et secondaire en Afrique subsaharienne (2002-2004)	53
3.1.	L'évolution du VIH/sida de 2001 à 2005 (Sénégal – Ouganda)	79
3.2.	L'évolution du VIH/sida de 2001 à 2005 (Afrique du Sud – Botswana – RDC – Zimbabwe)	87
C.1.	Rôles et responsabilités des hommes et des femmes africaines.	106

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ABC	Abstinence, being faithful, condom use
ANC	African National Congress
BM	Banque Mondiale
CNS	Conseil National du Sida
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
G8	Groupe des Huit
GDI	Gender-related development index
GPA	Global Program on AIDS
HCR	Haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
INSTRAW	Institut international de recherche et de formation des Nations Unies pour la promotion de la femme
IST	Infections sexuellement transmissibles
MACA	Multisectoral approach to control HIV/aids in Uganda
NACA	Agence Nationale de coordination du sida
NACOSA	National Aids Committee of South Africa
NACP	Programme National de Coordination du sida
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PAM	Programme alimentaire mondial
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement

RDC	République démocratique du Congo
SANAC	Conseil National sud-africain du sida
SIDA	Syndrome d'immuno-déficience acquise
TASO	The Aids support Organization
UNECA	United Nations Economic Commission for Africa
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNIFEM	Fonds de développement des Nations Unies pour la femme
VIH	Virus de l'immuno-déficience humaine

Résumé

Le sida est une des plus graves crises à laquelle l'humanité a jamais dû faire face. Il ne s'agit pas seulement d'un problème d'urgence, mais en même temps d'un problème de développement à long terme. Les femmes africaines sont les plus exposées au risque d'infection. Pour changer cette tendance à la féminisation de la maladie, il est nécessaire de s'attaquer au facteur principal qui contribue à la vulnérabilité des femmes – les inégalités entre les sexes. L'intégration du concept genre dans les politiques de lutte contre le VIH/sida, afin de changer les rapports sociaux inégaux entre les hommes et les femmes dans de nombreuses sociétés, est d'une importance primordiale pour arrêter la propagation rapide de l'infection du VIH. L'engagement politique des institutions internationales et des pays touchés s'est de plus en plus accru. Mais, l'existence de politiques ne se traduit pas nécessairement en une action efficace. L'intégration du genre dans les réponses nationales et internationales au sida s'avère difficile. Bien que les discours politiques des institutions internationales et des gouvernements prennent en compte le problème de la féminisation du sida, l'intégration du genre ne dépasse que très rarement le stade du discours. Pour des raisons d'exclusion économique, sociale et culturelle, les stratégies actuelles de prévention du VIH ne sont pas réalistes pour un grand nombre de femmes puisqu'elles ne sont souvent pas en mesure de négocier avec leur partenaire des relations sexuelles sans risque. L'analyse des ripostes internationales et nationales nous montre que souvent, les approches utilisées reproduisent la construction sociale des inégalités de rapports entre hommes et femmes, ce qui rend les femmes encore plus vulnérables au VIH/Sida. Pour être efficace, une politique de lutte contre le sida doit être basée sur une approche à plusieurs facettes, qui est adaptée au genre, qui crée des relations plus égales entre les hommes et les femmes et qui vise l'empowerment des femmes.

Mots clés:

Sida – intégration du genre – Afrique subsaharienne – Institutions internationales

INTRODUCTION

« En Afrique, le SIDA a le visage d'une femme »¹. Cette phrase décrit parfaitement les statistiques les plus récentes sur l'état de propagation de cette pandémie. Des 22,4 millions d'adultes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne en 2005, 13,2 millions sont des femmes, soit 58,93%². Selon ONUSIDA, les femmes d'Afrique subsaharienne ont 1,3 fois plus de risque d'être infectées par le VIH que les hommes de cette même région. Le risque des jeunes femmes entre 15 et 24 ans d'être infectées est même trois fois plus élevé que celui des hommes dans la même classe d'âge³.

Depuis toujours, les inégalités de sexe existent. Or, même si depuis un certain temps, les femmes ont commencé à sortir de l'invisibilité, elles sont loin de se trouver à un niveau égalitaire aux hommes, et ce dans tous les domaines. Contrairement aux femmes du Nord, qui elles ont réussi à se créer une certaine place dans notre société, les Africaines souffrent encore beaucoup des inégalités et de la subordination aux hommes.

Or, nous allons essayer de montrer dans ce mémoire qu'il existe une relation très étroite entre le genre et le développement. Depuis des années, les documents officiels des institutions internationales, des gouvernements et de tous les autres acteurs de développement nous parlent de la nécessité d'intégrer les femmes dans le développement, de lutter pour l'égalité entre les sexes et que de toute façon, un développement sans prise en considération du genre est tout simplement impossible.

Nous allons intégrer dans cette relation genre et développement la pandémie du VIH/sida, qui représente de nos jours un des obstacles majeurs au développement. Le monde sait aujourd'hui que le problème du sida n'est pas purement biologique ou médical, mais qu'il est aussi social, économique et juridique. Nous allons montrer que les femmes, et

1 Kofi Annan, New York Times, International Herald Tribune, Samedi 29 décembre 2002.

2 ONUSIDA, « Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2006 », 2006.

3 ibid

particulièrement les femmes africaines, sont beaucoup plus vulnérables à l'infection du VIH/sida que les hommes. Une analyse de la situation actuelle du sida en Afrique nous montre que les femmes sont de plus en plus affectées par la maladie, et ce, dans un rapport de plus en plus disproportionné par rapport aux hommes. On parle de la « féminisation du sida » ou on dit même que les jeunes africaines sont menacées « d'extinction »⁴

Les statistiques confirment que l'infection du VIH/sida est plus importante chez les femmes que chez les hommes. Les femmes africaines sont plus vulnérables à l'épidémie du sida pour des raisons biologiques, épidémiologiques, mais aussi pour des raisons socio-économiques. C'est ce dernier facteur qui est déterminant et qui est en même temps le plus difficile à combattre. La condition inférieure d'un grand nombre de femmes dans le monde leur enlève tout pouvoir décisionnel en ce qui concerne leur corps ou leur vie sexuelle.

Les rapports sociaux de sexe, qui font des hommes les dominants et des femmes les dominées, représentent un des obstacles fondamentaux à la lutte contre le VIH/sida. Pour agir contre cette féminisation de la pandémie en Afrique subsaharienne, il est nécessaire d'agir contre la reproduction des rapports sociaux de sexe dans le système patriarcal actuel. Des politiques qui continuent à considérer les femmes comme étant des victimes et soumises aux hommes, reproduisent les stéréotypes, les préjugés et les discriminations sexistes. Les rapports sociaux de sexe, qui créent des inégalités entre les femmes et les hommes en raison de normes culturelles et sociales, représentent un obstacle majeur à l'estime de soi et à l'autonomie des femmes, et par conséquent à la prévention efficace contre le sida.

Réussir à contrôler la situation du sida est essentielle, et impossible si on ne prend pas en compte le fait que ce sont les femmes les plus affectées. L'impact du sida est sans précédent: le sida tue des millions de jeunes, privant ainsi les familles, les communautés et des pays entiers de leur population la plus productive. L'épidémie du sida a pour effet d'aggraver et de propager la pauvreté, d'inverser le développement humain, d'augmenter les inégalités entre les sexes, de réduire la productivité et d'empêcher une croissance favorable

4 Michael Fleshman, «Sida: les jeunes africaines menacées d'extinction», 2004.
www.afrik.com

aux pauvres.

En prenant ce triangle «conditions des femmes-développement-sida», où un élément est dépendant des deux autres, et en sachant que de nos jours aucun gouvernement et aucune institution ne peut plus ignorer ce fait, nous posons la question si cette connaissance a effectivement entraîné des changements. Les politiques de lutte contre le sida sont nombreuses, au niveau international, gouvernemental, ainsi que non-gouvernemental. Des politiques ont été mises en place. Chaque pays africain dispose présentement d'un Plan National de Lutte contre le sida.

Notre travail se veut une analyse critique des discours et des stratégies d'action dans la lutte contre le sida en Afrique subsaharienne. Nous voulons plus précisément étudier l'intégration du genre dans les politiques contre le sida des Nations Unies, mais aussi dans les politiques gouvernementales de six pays africains. La situation est particulièrement alarmante au Botswana (37,3% des adultes infectés fin 2003), au Zimbabwe (24,6% des adultes infectés fin 2003), et en Afrique du Sud (21,5% des adultes infectés fin 2003). En République démocratique du Congo, où le taux de prévalence était de 4,2% chez les adultes en 2003, ce sont les femmes qui représentent plus de 60% des infections⁵.

Mais il existe deux autres pays africains intéressants pour ce travail. Il est connu que le Sénégal est l'un des pays africains qui a réussi à garder le taux d'infection du VIH/sida à la fois faible et stable. Le taux de prévalence chez les adultes est de 0,8%, ce qui est extrêmement bas en comparaison avec d'autres pays africains. Le Sénégal a répondu avec une bonne politique nationale dès le premier cas de la maladie recensé. Un autre État intéressant est l'Ouganda, qui a réussi, à l'aide de la prévention, de baisser de manière considérable son taux d'infection (de 15% en 1991 à 6,1% en 2002⁶).

Ayant chacun une histoire différente en ce qui concerne la propagation du sida et la réponse au problème, il est intéressant de vérifier comment ces différents pays traitent le problème de la féminisation de la maladie.

5 ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale du sida, 2004.

6 PUTZEL, James, « Institutionalising an emergency response : HIV/AIDS and governance in Uganda and Senegal. », 2003

Les questions auxquelles nous essayons de répondre sont les suivantes: Est-ce que les politiques internationales et nationales de lutte contre le sida en Afrique subsaharienne ont intégré une approche sensible au genre? Autrement dit, est-ce qu'elles prennent en considération le changement des rapports sociaux de sexe en visant l'empowerment des femmes et est-ce que les moyens nécessaires sont pris pour lutter efficacement contre la féminisation du sida? Et si oui, est-ce que cette intégration du genre dépasse le stade du discours et est effectivement transformé en action?

Compte tenu du fait que la documentation disponible sur le sujet n'est pas très abondante, nous avons décidé de traiter la question d'un point de vue international et national. De plus, les politiques internationales et nationales face au sida se recoupent, ce qui nous empêche de restreindre notre étude à une analyse des politiques nationales. Les auteurs et auteurs de notre bibliographie qui ont traité le sujet de la féminisation du sida, ne se sont pas concentrés sur des pays ou des régions spécifiques. Pour l'analyse des politiques de lutte contre le sida selon le genre dans chacun des pays retenus, nous n'avons donc pas disposé d'études critiques en dehors des sources officielles pour appuyer notre recherche. Pour analyser les politiques, nous allons utiliser un modèle proposé par Geeta Rao Gupta, connu sous le nom *Conceptual Framework for assessing HIV/AIDS programmes* qui se base sur cinq approches différentes dans la lutte contre le sida :

- l'approche qui renforce les stéréotypes existants
- l'approche neutre à l'égard du genre
- l'approche adaptée au genre
- l'approche qui a comme but l'empowerment des femmes
- l'approche transformative

Nous allons commencer par une présentation du cadre d'analyse « femmes et développement » dans le premier chapitre. Le deuxième chapitre portera sur les politiques de lutte contre le sida des institutions internationales et leur intégration du genre. Le dernier chapitre est consacré aux politiques nationales de lutte contre le sida des six pays africains

mentionnés ci-dessus. Nous allons finalement regarder comment ces pays répondent au problème de la féminisation du sida.

CHAPITRE I

LA PROBLÉMATIQUE FEMMES, DÉVELOPPEMENT ET SIDA EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

1.1. Le cadre d'analyse « femmes et développement »

1.1.1. Le genre, de quoi parle-t-on ?

Avant de montrer la relation entre le genre et le développement, il faut d'abord comprendre ce que l'on entend par la notion « genre ». La notion de genre est née aux États-Unis à la fin des années 60 et surtout au début des années 70. Souvent, on confond la notion de « genre » et celle de « sexe ». Le sexe se réfère à la nature et aux différences biologiques qui distinguent les hommes et les femmes.

La notion de « genre », par contre, est communément employée en renvoyant à la culture, au « sexe social »⁷, au contenu culturel et social du féminin et du masculin. La notion de genre peut donc changer selon le lieu et le moment où on l'appréhende. En science politique, elle est d'utilisation encore assez récente. Pendant longtemps, en commençant à se préoccuper de cette dimension dans cette discipline, on a utilisé les mots « sexe » (le sexe du pouvoir par exemple) ou « femmes » (les femmes et le politique p.ex.).

Malgré les différences dans les définitions, la majorité des féministes partagent l'idée

7 Christine Delphy, « Penser le genre, quels problèmes », 1991.

que le genre est le « sexe social », un élément constitutif de rapports sociaux fondés sur la différence perçue entre les sexes et la signification première de l'impact des rapports de pouvoir⁸. Le genre est une construction invoquée pour renvoyer à la culture et aux classifications sociales et culturelles du féminin et du masculin. Il se compose donc de tout ce qui est social dans les différences entre les femmes et les hommes, dans les caractéristiques que l'on attribue à l'un ou à l'autre sexe. Or, il faut prendre en considération que ces différences entre femmes et hommes changent d'une société à l'autre. Il existe donc un « aspect variable des sexes », un aspect qui est « créé socialement », et que l'on appelle le « genre ».⁹ La femme, ainsi que l'homme, est donc « femme par le sexe mais aussi par la construction sociale qui lui est superposée »¹⁰.

Nous vivons dans un monde où régissent les normes. Ce sont les évidences portées par le sens commun qui nous font interpréter le monde dans un certain cadre binaire qui tranche toujours entre le masculin et le féminin. Selon l'ONU, le terme « genre » est utilisé « pour décrire les rôles et les rapports socialement établis entre les hommes et les femmes »¹¹.

Une définition semblable du genre est donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé, qui dit que le genre est un « ensemble de croyances, de normes, de coutumes et de pratiques sociales qui définissent des attributs et des comportements « masculins » et « féminins » ». ¹²

« On ne naît pas femme, on le devient »¹³, écrivait déjà Simone de Beauvoir en 1949. Le genre est la « construction socio-psychologique des images de la femme et de l'homme. Le terme réfère au groupe femmes et au groupe hommes dans une société donnée à un moment donné. Il implique un savoir sur la différence sexuelle, mais aussi sur le pouvoir qui organise et hiérarchise les groupes »¹⁴.

8 Joan Scott, « Genre, une catégorie utile d'analyse historique », 1988.

9 Christine Delphy, « Penser le genre, quels problèmes », 1991.

10 Jeanne Bisilliat, « Le genre, un outil nécessaire-introduction à une problématique », 2000, p.14.

11 Commission économique pour l'Afrique, « La dimension féminine du VIH/sida en Afrique », 2004, p.1

12 Organisation Mondiale de la Santé, « Integrating gender into HIV/aids programmes », 2003, p.5.

13 Simone de Beauvoir, « Le deuxième sexe », 1976, p.13.

14 Agence intergouvernementale de la Francophonie, « Égalité des sexes et développement: concepts et terminologie », 2002, p.47.

Ce ne sont pas les différences biologiques qui justifient les inégalités entre les femmes et les hommes, mais la manière dont chaque société définit leurs rôles sociaux respectifs. En ce qui concerne la question du genre en Afrique, elle repose sur une conception patriarcale. Dans le système patriarcal, la domination de l'homme est le cadre au sein duquel sont définis et confirmés les rapports et les rôles entre les hommes et les femmes. La majorité des femmes africaines subissent les conséquences de ce système patriarcal, qui est essentiellement basé sur leur subordination. Elles ne sont pas sur le même pied d'égalité que les hommes en ce qui concerne les droits élémentaires. Les femmes, comme les hommes, jouent un rôle important dans les tâches liées à la production, à la reproduction et à la gestion de la communauté. Or, les tâches qui sont directement exécutées par les femmes sont souvent considérées comme ayant peu ou même pas de valeur économique. Dans la section suivante, nous allons montrer dans quel sens ces inégalités fondées sur le genre ont des conséquences néfastes sur le développement.

1.1.2. Les femmes dans le développement

1.1.2.1. Le champ « femmes et développement »

Le développement implique de nombreux processus culturels, économiques, politiques et sociaux. Mais il implique aussi la démocratisation des États, la croissance économique, la modernisation des modes de vie et des rapports sociaux. Aujourd'hui, le développement est associé aux femmes, parce que d'une part, elles ont été longtemps invisibles et d'autre part, le fait de ne pas les avoir prises en compte a représenté un empêchement au développement. Aujourd'hui, les femmes sont en quelque sorte sorties de cette invisibilité, mais elles sont encore loin d'être des partenaires de fait¹⁵.

¹⁵ Jeanne Bisilliat, «Regards des femmes sur la globalisation : Approches critiques », 2003, p.57.

Dans son livre « Le Genre : un outil nécessaire – introduction à une problématique », Jeanne Bisilliat¹⁶ passe en revue l'évolution de la problématique des femmes dans le développement. Elle constate que depuis la Seconde Guerre mondiale, les projets de développement ne reconnaissent pas pleinement et systématiquement la contribution des femmes au développement. Le concept de genre représente une étape fondamentale dans la pensée féministe qui s'efforce d'en faire un outil indispensable pour permettre aux politiques de développement d'être efficaces et complètes sans créer de disparités socio-économiques désavantageux pour tous, et en particulier pour les femmes. Selon Bisilliat, l'important réside dans l'élimination des préjugés sur l'infériorité des femmes et des filles, qu'ils soient conscients ou inconscients. Ces préjugés sont, d'après l'auteure, consolidés par les structures économiques et sociales, et seulement en les supprimant, on arriverait à un partage équitable entre les coûts et les bénéfices du développement entre les hommes et les femmes. La question du genre doit être prise en compte dès la planification des besoins. Étant donné que les hommes et les femmes ont des rôles différents dans la société, leurs besoins sont également différents.

La question des rapports entre les femmes et le développement a été impulsée par le mouvement féministe. L'expansion du champ « femmes et développement » et l'institutionnalisation des études féministes se sont faites en lien l'une avec l'autre grâce à des chercheuses et chercheurs qui ont œuvré dans les deux domaines. Mais elles ont en même temps évolué en parallèle parce que les spécialistes du développement et les femmes des pays en développement ont souvent été méfiants à l'égard du féminisme. Les femmes du tiers monde le connaissaient mal ou le trouvaient mal adapté à leur situation, alors que les spécialistes du développement le jugeaient trop politique.

L'expression « femmes et développement » est née pour regrouper la grande diversité des travaux consacrés aux rapports des femmes avec le développement. Cette expression ne fait pas référence à un cadre théorique unique, ni à une tendance féministe particulière, mais c'est sous l'impulsion et la pression du féminisme que ce champ existe et qu'il a pu atteindre l'ampleur qu'on lui connaît aujourd'hui.

16 Jeanne Bisilliat, «Le genre, un outil nécessaire-introduction à une problématique», 2000, p. 48.

La recherche féministe a comme point de départ les rapports sociaux de sexe qui sont impliqués, comme nous l'avons dit, dans le développement. Or, la recherche féministe ne se limite pas aux femmes, mais aux rapports sociaux de sexe et donc à toutes les dimensions du social que ceux-ci traversent.

Selon Huguette Dagenais, si on veut « faire éclater les évidences naturelles et forcer la prise en considération des rapports sociaux de sexe dans les interventions et les recherches, l'application de l'approche féministe dans le champ femmes et développement est pertinente et nécessaire »¹⁷. Pour que les politiques d'intégration des femmes au développement soient efficaces, il faut partir du point de vue des femmes et de leur vie quotidienne. Il devient ainsi possible de respecter les spécificités culturelles, d'identifier clairement les femmes visées par les politiques et de mettre au grand jour les hiérarchies multiples dans lesquelles elles vivent. Il faut prendre en compte la diversité des situations dans lesquelles les femmes se trouvent à travers le monde ainsi que le fait que le contenu de la catégorie « femme » varie selon les contextes historiques, culturels, ethniques et de classe.

Selon Marie France Labrecque, une recherche sur les femmes et le développement nécessite avant tout une identification des femmes visées. Il faut avant tout cesser de parler de « la » femme, qui en tant que telle n'existe pas. Les femmes sont différentes les unes des autres. C'est la seule spécificité commune, celle d'enfanter et d'allaiter, qui a constitué la base de la place centrale que les femmes occupent dans le processus de reproduction sociale. Les femmes procréent, mais elles assurent aussi la socialisation de la génération suivante, réalisent les tâches de reproduction quotidienne, sont productrices de biens, de marchandises et de services, s'insèrent dans des institutions précises (telles que la famille, la parenté, le droit, la religion, l'éducation ou la santé) et participent aux institutions économiques, juridiques et politiques locales. Enfin, elles véhiculent des valeurs et des représentations spécifiques au sein de cultures données qu'elles contribuent à reproduire de façon particulière, différente de celles des hommes. Selon Labrecque, il est donc inexcusable de ne considérer les femmes que dans leur seule dimension de reproductrice, ce qui peut contribuer à la détérioration du statut des femmes. Dans les sociétés hiérarchisées contemporaines, la spécificité biologique des femmes s'est transformée en une base de subordination. Une

17 Huguette Dagenais, « Méthodologie féministe pour les femmes et le développement », 1994, p.273.

recherche ou un projet de développement qui ne considère la femme que dans sa seule dimension de reproductrice et de mère contribuerait donc à renforcer la définition sociale actuelle des femmes et par conséquent maintiendrait leur subordination.

Les hommes et les femmes sont dans un rapport hiérarchique les uns avec les autres dans lequel il faut les situer. A part la hiérarchie des genres, il existe aussi celle des générations et la hiérarchie de classes. Pour définir ce qu'est un homme ou ce qu'est une femme d'une population précise, il faut donc prendre en considération une combinaison complexe et variable de plusieurs hiérarchies. Un programme de recherche en matière de femme et développement change selon les femmes auxquelles on s'adresse. Il faut exclure toute définition unidimensionnelle des femmes et toute recherche stéréotypée les concernant. Il n'existe pas de réponse unique à la question de la définition des femmes dans le développement. Les agences de développement contribuent au renforcement des mythes en voulant élaborer des portraits-types des femmes visées. Pour combattre ce mythe, il faut donc prendre en considération les hiérarchies multiples qui structurent la société et qui affectent la vie quotidienne des femmes. Nous savons donc maintenant que l'intégration des femmes dans le développement ne peut être efficace que si on prend en considération toutes les dimensions de la vie des femmes visées.

Or, la seule identification des femmes visées par les politiques de développement ne suffit pas à faire de ces dernières des politiques égalitaires pour les femmes et les hommes. Un autre aspect important qu'il faut prendre en considération est l'inégalité qui règne entre les sexes. Les politiques doivent donc identifier les femmes visées et faire en sorte qu'elles éliminent tous les obstacles fondés sur la différence entre les sexes.

1.1.2.2.L'inégalité entre les sexes et le développement

Pour Fatou Sow¹⁸, la majorité des sociétés africaines « ont de la femme une image non valorisante liée au statut social inférieur qui lui a été imposé depuis des siècles ». Or,

18 Fatou Sow, Bop, Codou (dir), «Notre corps, notre santé: La santé et la sexualité des femmes en Afrique subsaharienne», 2004, p. 303

elle constate qu'il ne s'agit pas d'un fonds culturel africain, mais que cette situation découle d'une vision construite après le onzième siècle. L'origine du statut inférieur des femmes se trouve dans certains aspects de la culture africaine, tels le système esclavagiste, les castes, la sorcellerie et la perception de la stérilité. Mais l'infériorité des femmes découle aussi de certaines influences étrangères, comme par exemple celles de l'Islam, du christianisme et de la colonisation. Selon l'auteur, la crise économique que vivent les pays africains aujourd'hui aggrave le statut subordonné des femmes. Elle entraîne la féminisation de la pauvreté et marginalise encore plus les femmes.

L'égalité entre les sexes contribue de manière significative à l'amélioration du bien-être des femmes, des hommes, des filles et des garçons. L'égalité entre les sexes ne peut être dissociée des bonnes pratiques de développement et elle est au cœur du progrès économique et social. Les besoins et les intérêts différents des femmes et des hommes doivent être pris en considération si on veut maximiser les résultats développementaux et en assurer la durabilité. Le but de la réduction de la pauvreté et celui de l'égalité entre les sexes sont interreliés. La réduction de la pauvreté implique la recherche de solutions aux obstacles qui freinent les individus dans leurs efforts pour éviter ou réduire les privations. Les inégalités entre les sexes augmentent la pauvreté et la maintiennent d'une génération à l'autre. Pour réussir à réduire la pauvreté, il faut éliminer les contraintes auxquelles les femmes et les filles sont soumises.

Le fait que les femmes ont souvent un accès limité aux biens de production, à l'emploi et à la formation ainsi qu'aux services de base, elles exercent moins de contrôle sur ces éléments que les hommes. Ces inégalités contribuent à la pauvreté et la perpétuent d'une génération à l'autre. En plus, elles sont un obstacle à la satisfaction des besoins humains fondamentaux des femmes et de leurs familles.

Les inégalités fondées sur le genre affectent aussi la santé et le bien-être des hommes, des femmes et des enfants parce qu'elles empêchent l'amélioration de leurs conditions de vie. Selon la Banque Mondiale, « porter préjudice à la vie humaine, c'est affecter le développement, car le but ultime du développement n'est autre que l'amélioration

de la qualité de vie des personnes »¹⁹. En ce qui concerne la scolarisation des femmes, il est prouvé que l'analphabétisme des mères de famille affecte directement leurs jeunes enfants. Des statistiques montrent que les mères plus scolarisées ont plus tendance à adopter des comportements appropriés au bien-être et à la santé de leurs enfants²⁰. En plus, un revenu familial plus élevé signifie une meilleure nutrition et un taux de survie infantile plus élevé. Or, des normes sociales trop strictes sur la répartition du travail, jointe à une rémunération inférieure pour les femmes, limitent leurs revenus et l'argent qu'elles peuvent gérer.

Mais les inégalités fondées sur le genre ont aussi des incidences sur la productivité et l'économie. En provoquant des obstacles à la présence des femmes sur le marché du travail, en refusant aux femmes l'accès à certaines ressources des services publics et des activités de production, la discrimination fondée sur le genre affecte la croissance économique et donc l'amélioration des conditions de vie. En plus, la mauvaise répartition des ressources entre l'homme et la femme à l'intérieur du foyer cause de nombreuses pertes. Dans beaucoup de pays, on investit très peu dans l'éducation des femmes. Ce fait réduit l'ensemble de la production d'un pays.

Mais de toutes ces incidences, les torts faits à la vie humaine et à la qualité de cette vie sont les pires. Bien qu'il soit difficile d'identifier et de mesurer l'impact de ces inégalités dans toute leur étendue, il est clair que les sociétés en souffrent.

19 Banque Mondiale, « Les inégalités fondées sur le genre nuisent au développement », 2003, p.10.

20 Ibid

Des politiques de développement peuvent produire des résultats déterminés par le genre. Cela dépend en partie de l'influence des institutions sociales et des usages domestiques : ce sont ces facteurs qui déterminent les rôles et les comportements de chacun. La répartition des tâches domestiques fondée sur le genre, les normes sociales et les préjugés ainsi que l'attribution inégale des ressources sont des facteurs qui empêchent tant les hommes que les femmes de profiter des opportunités économiques ou de surmonter les crises. Le fait de ne pas reconnaître ces contraintes fondées sur la différence entre les sexes peut diminuer l'efficacité des politiques. Les politiques de développement ne peuvent donc pas être efficaces sans une intégration des femmes et des hommes. Il faut cesser de voir les femmes comme une catégorie sociale homogène avec des expériences, des points de vue et des besoins identiques.

L'intégration du genre dans la recherche et les stratégies de développement s'est réalisée selon différentes étapes. Le champ «femmes et développement» compte cinq approches différentes qui sont utilisées pour que les femmes deviennent des partenaires égales dans le développement²¹.

Nous allons par la suite passer en revue les différentes approches concernant les femmes dans le développement.

1.1.2.3. Les différentes approches des femmes dans le développement

Avant la première conférence des femmes à Mexico en 1975, les femmes n'avaient presque aucune place dans le domaine du développement. L'approche qui a prévalu dans les années cinquante et soixante, est «l'approche bien-être», selon laquelle on considère les femmes uniquement dans leur rôle reproductif et en tant que «bénéficiaires passives des interventions de développement»²². Avec cette approche, on essaie de répondre aux besoins pratiques des femmes en tant que mère. Elle ne met en question ni la division de travail entre

21 Jeanne Bisilliat, « Le Genre : un outil nécessaire – introduction à une problématique », 2000

22 Ibid

femmes et hommes, ni la subordination des femmes. En proclamant la première décennie du développement dans les années soixante, les Nations Unies se sont exclusivement intéressées au progrès économique, qui, selon les spécialistes de cette époque, est directement lié aux progrès sociaux. Les femmes étaient complètement exclues des programmes de développement à cause de la conviction que la production relève du domaine des hommes et que les femmes sont surtout concernées par la reproduction. Les femmes n'ont bénéficié que des programmes qui ont touché à la santé maternelle et infantile. Alors que cette approche était la plus utilisée durant les années cinquante et soixante, elle est encore populaire de nos jours.

Un changement important a eu lieu avec l'apparition de l'ouvrage marquant d'Esther Boserup, intitulé « Women's Role in Economic Development ». Publié en 1970, ce livre a commencé à révéler les désavantages subis par les femmes dans les projets de développement. Le problème, selon Boserup, est la faible participation des femmes au processus de la modernisation en tant que partenaires égales aux hommes²³. Elle démontre l'importance des femmes dans le domaine de l'agriculture, où elles représentent 60% de la main d'œuvre. Le travail de Boserup a été essentiel pour l'intégration des femmes dans le développement.

Les années soixante-dix ont été très importantes pour les femmes. Un vrai mouvement de femmes dans le monde a mené à une préoccupation mondiale des femmes dans le développement. En 1975, lors de la première conférence internationale des femmes à Mexico, a été proclamé la décennie internationale des femmes (1976-1985). En outre, les Nations Unies ont créé un Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM), qui permet aux femmes l'accès aux grandes Conventions et Conférences internationales. On a constaté que l'exclusion des femmes représente un vrai obstacle au développement.

Dans ce mouvement d'intégration des femmes dans le développement, s'inscrit la deuxième approche, « l'approche égalité ». Son objectif est l'égalité des femmes en les considérant comme participantes actives dans le processus de développement. Cette

23 Esther Boserup, « Women's Role in Economic Development », 1970.

approche prend en compte le triple rôle des femmes relatif à la reproduction, la production et la gestion communautaire.

La troisième approche est appelée «approche anti-pauvreté», qui se développe à partir de 1980. Elle se base sur l'argument que les femmes sont parmi les groupes les plus pauvres de la planète. Cette approche qui relie subordination et pauvreté, a comme objectif d'augmenter la production, l'emploi et les revenus des femmes pauvres.

La quatrième approche est «l'approche efficacité», qui a été très populaire à la fin des années soixante-dix. Selon cette approche, les femmes sont des ressources humaines sous-utilisées et doivent être intégrées davantage dans le processus de développement.

C'est à partir des années quatre-vingts qu'on prend en compte le problème des rapports de pouvoir entre les hommes et les femmes. Cette dernière approche est appelée «l'approche genre et développement», ou «l'approche de l'obtention du pouvoir», qui est la plus récente. Elle a comme objectif de promouvoir la place des femmes en renforçant leur légitimité et leur confiance en elles-mêmes. Selon cette approche, la subordination des femmes est due aux structures sociales, politiques et économiques. Elle propose comme solution la prise en considération, la mobilisation et la remise en question des rapports de pouvoir entre les hommes et les femmes pour s'attaquer à ces structures inégalitaires. Elle vise à ce que les femmes parviennent à exercer les mêmes fonctions que les hommes en ce qui concerne la prise de décision.

L'approche «Genre et développement» montre que les femmes en elles-mêmes ne constituent pas le problème, mais l'inégalité des ressources entre les hommes et les femmes. Malheureusement, cette approche est le plus souvent réservée à la recherche et non à l'intervention. Les institutions internationales ainsi que les Organisations non gouvernementales ont intégré le terme «genre» dans leur vocabulaire, et ils disent aussi adopter la problématique du genre, mais ce n'est pas nécessairement celle du «genre et développement».

C'est cette dernière approche qui nous intéresse particulièrement dans notre travail. Nous allons voir plus tard que l'obtention du pouvoir des femmes est un objectif qui devrait être intégré dans chaque politique de lutte contre le sida. D'abord, nous allons passer en revue l'évolution du VIH et du sida en Afrique subsaharienne.

1.2. La situation et l'évolution du sida en Afrique subsaharienne depuis le début de l'épidémie jusqu'à nos jours

En regardant le nombre de nouvelles infections du VIH/SIDA chaque année, on constate que cette pandémie²⁴ meurtrière est loin d'être sous contrôle. Surtout le continent africain est en train de se diriger vers une catastrophe incroyable. Les premiers cas d'infection du VIH ont été recensés au début des années 80. Pour l'année 2004, le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a estimé à 3,1 millions le nombre de décès dus au SIDA et plus de 40 millions de personnes à travers le monde sont infectées par le VIH. C'est l'Afrique subsaharienne qui est la plus concernée. Les dernières estimations publiées par l'ONUSIDA et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) nous révèlent que 60% de toutes les personnes vivant avec le VIH vivent en Afrique subsaharienne, alors que cette région ne compte que 10% de la population mondiale. On parle de 25,4 millions de personnes vivant avec le VIH/sida en 2004, dont 3,1 millions ont été infectées au cours de cette même année. 2,2 millions des personnes décédées du sida en 2004 vivaient en Afrique subsaharienne. La situation y est très préoccupante. Au total, la population adulte est infectée jusqu'à 36%²⁵.

Selon le rapport de l'ONUSIDA, la majorité des pays de l'Afrique subsaharienne connaissent une « épidémie généralisée ». Cela veut dire qu'on peut trouver la maladie dans la population générale, et non seulement dans des populations « à haut risque », telles que les prostituées, les consommateurs de drogues injectables ou les homosexuels. Ces chiffres ont des conséquences directes sur le développement du continent africain: le nombre d'orphelins

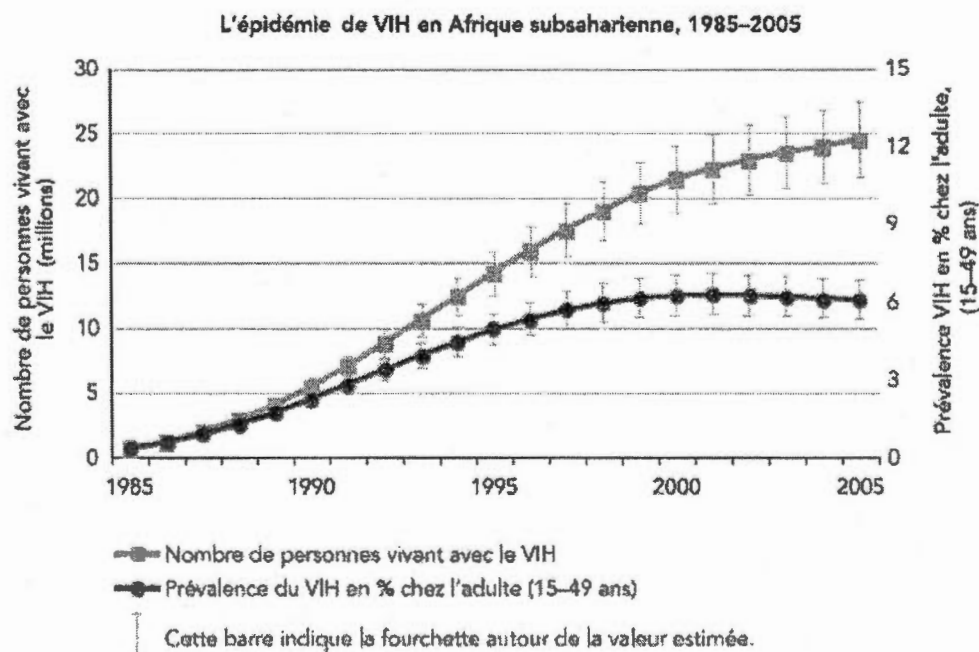
24 Dans le cas du sida, nous pouvons parler d'une pandémie plutôt que d'une épidémie. D'après le grand dictionnaire, une épidémie est «une augmentation et propagation exceptionnellement rapides, dans une collectivité ou un territoire régional donné et pendant une période de temps limitée, du nombre de cas d'une maladie transmissible». Une pandémie par contre est «une épidémie qui s'étend au-delà des frontières internationales, soit à un continent, à un hémisphère ou au monde entier, et qui peut toucher un très grand nombre de personnes, quand elles ne sont pas immunisées contre la maladie ou quand la médecine ne dispose d'aucun médicament pour traiter les malades».

25 ONUSIDA, « Rapport sur l'épidémie mondiale du sida », 2004.

est en constante augmentation, des écoles sont fermées faute de professeurs, des champs sont abandonnés faute d'agriculteurs... Les difficultés vécues par les personnes infectées sont énormes. Outre les difficultés voire même l'absence d'accès aux soins nécessaires, ils doivent vivre avec la stigmatisation sociale et la discrimination, y compris la violence.

Alors que les premiers cas de VIH/sida ont été recensés en même temps en Afrique que dans le reste du monde, le développement du virus y a été beaucoup plus rapide. La transmission du VIH en Afrique subsaharienne se fait avant tout par voie hétérosexuelle, ensuite par la transmission de la mère à l'enfant et les transfusions sanguines. Les personnes les plus touchées sont donc avant tout les adultes dès l'âge des premières relations sexuelles et les enfants en bas âge.

Figure 1.1. L'évolution de l'épidémie de VIH en Afrique subsaharienne (1985-2005)



Source: OUNSIDA, « Rapport sur l'épidémie mondiale du sida 2006 », 2006.

Ce tableau nous montre clairement l'évolution du VIH/sida en Afrique subsaharienne. Alors que la prévalence du VIH chez les adultes était presque nulle en 1985, elle était en constante augmentation jusqu'en l'an 1999. Dès cette année, on peut constater une certaine stabilité. Or, cette apparente "stabilisation" de la proportion des adultes vivants infectés ne signifie pas nécessairement que l'épidémie ralentit. Au contraire, elle peut masquer des phases plus graves de l'épidémie lorsque le nombre des personnes qui contractent l'infection est approximativement le même que celui des personnes qui meurent du sida. Or, le nombre d'adultes vivant avec le VIH et le sida a augmenté très rapidement, et est passé jusqu'à 24,5 millions en 2005.

Nous allons nous concentrer par la suite sur l'évolution du sida chez les femmes de l'Afrique subsaharienne, qui depuis un certain temps, représentent la population la plus concernée par le virus.

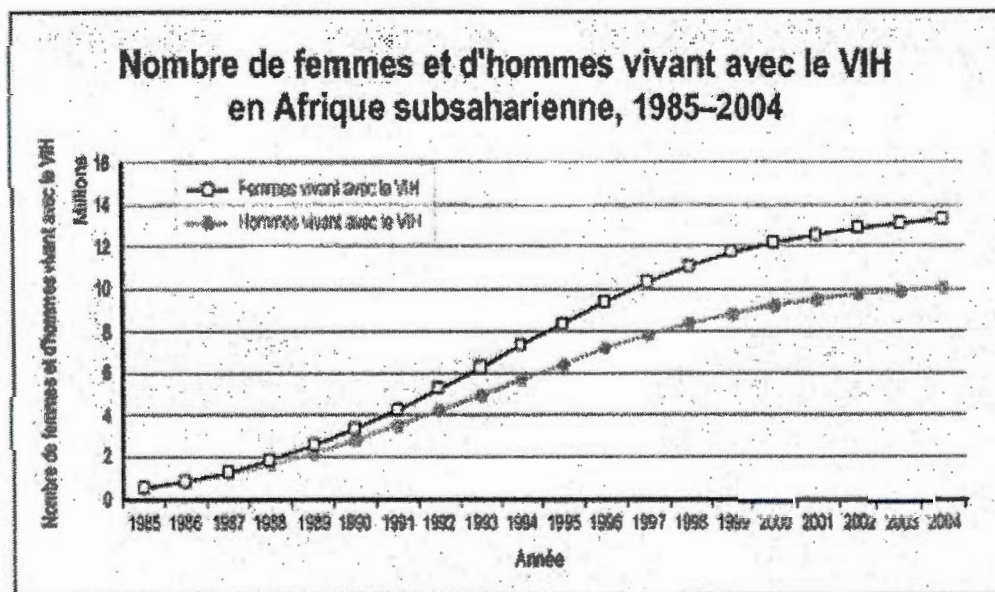
1.3.L'évolution du sida chez les femmes africaines

L'épidémie du VIH/sida frappe toujours davantage de femmes et de jeunes filles. Un peu moins de la moitié des personnes infectées à l'échelle mondiale sont aujourd'hui des femmes. En Afrique subsaharienne, comme aux Caraïbes, où le mode dominant de transmission du virus est le rapport hétérosexuel, les femmes sont le plus touchées. L'Afrique subsaharienne est la seule région du monde où le nombre des femmes infectées par le VIH/sida est supérieur à celui des hommes. Dans un «point sur l'épidémie du sida» de décembre 2004, ONUSIDA et l'OMS, nous informent qu'actuellement 57% des adultes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne sont des femmes et des jeunes filles. Ces femmes représentent trois quarts de toutes les femmes infectées dans le monde.²⁶

Le tableau ci-dessous nous montre bien la tendance qu'a pris l'infection du VIH/sida
26 Nations Unies, « 2004 Update, Senegal », 2004.

depuis 1985 chez les hommes et les femmes. Alors que le nombre de femmes et d'hommes vivant avec le VIH est en constante croissance, on remarque que le nombre de femmes infectées augmente beaucoup plus rapidement avec les années.

Figure 1.2.: Nombre de femmes et d'hommes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne (1985-2004)



Source : ONUSIDA, « Rapport sur l'épidémie mondiale du sida 2004 », 2004.

On constate que les femmes sont touchées de façon disproportionnée. L'Afrique subsaharienne est la région où la féminisation de l'épidémie est la plus importante. Selon une

enquête dans les ménages, les femmes adultes en Afrique subsaharienne ont 1,3 fois plus de risque d'être infectées par le VIH que les hommes adultes. Ce sont les jeunes femmes de 15 à 24 ans qui sont le plus affectées. Elles courent trois fois plus de risque d'être infectées que les jeunes hommes du même âge. 76% des jeunes de cette classe d'âge qui sont infectés sont des filles.

Toujours selon ONUSIDA, il y a aujourd'hui en moyenne 13 femmes infectées pour 10 hommes, alors qu'en 2002, il y en avait 12 femmes pour 10 hommes. Et le fossé n'arrête pas à se creuser. Chez les jeunes, on a déjà atteint une proportion de 36 jeunes femmes pour 10 jeunes hommes infectés²⁷.

1.4. La vulnérabilité particulière des femmes face au sida

Il existe de multiples explications pourquoi les femmes en général, et les femmes africaines en particulier, sont plus vulnérables à l'infection du VIH/sida que les hommes.

Premièrement, elles sont plus vulnérables pour des raisons biologiques. En termes médicaux, la femme présente une plus grande surface des muqueuses exposées aux sécrétions sexuelles et aux microtraumatismes lors des rapports sexuels²⁸. En outre, le sperme de l'homme présente une concentration élevée de virus par rapport aux sécrétions vaginales, ce qui fait en sorte que le virus se transmet plus facilement de l'homme à la femme qu'inversement.

La deuxième raison de la forte vulnérabilité des femmes est épidémiologique. Les femmes africaines ont souvent des rapports sexuels ou sont mariées à des hommes plus âgés qui, à cause de leur nombre de partenaires sexuels plus élevé, sont plus susceptibles d'être infectés. Ce fait expose les femmes au virus de manière plus importante.

Mais c'est le facteur socioculturel et économique qui est le facteur déterminant. La cause principale de cette vulnérabilité est la condition inférieure des femmes. Faute de

²⁷ ONUSIDA, « Rapport sur l'épidémie mondiale du sida 2004 », 2004.

²⁸ Marge Berer, Ray, Sunanda (dir.), « Les femmes et le VIH/SIDA : un ouvrage international de référence », 1994.

pouvoir, elles ne disposent d'aucun moyen de se prémunir contre le VIH. Ce sont généralement les hommes qui ont le pouvoir de décision de la fréquence, du moment et de la forme des rapports sexuels, ainsi que des mesures de prévention. Dans la prise de décision dans une relation, on s'attend à ce que les hommes dominent et que les femmes soient passives. Des parties inégales ne sont pas en mesure de négocier quand ou combien de fois, ils ont des relations sexuelles et comment elles peuvent se protéger contre les infections sexuellement transmissibles tel que le VIH. La situation économique des femmes les amène souvent à des stratégies de survie telles la prostitution et la recherche de partenaires occasionnels. Outre l'ignorance et le manque de moyens pour se faire correctement soigner, il y a la honte et le tabou qui accompagnent la sexualité. Le traitement est souvent difficile à cause de l'insuffisance des services de santé.

Salimata Niang Diallo²⁹ analyse la vulnérabilité des femmes à partir du vécu quotidien des différentes catégories de femmes concernées. En ce qui concerne les femmes africaines mariées, elles sont toujours placées par le système social dans une situation de dépendance vis-à-vis de leurs conjoints. Même si dans certains pays on accorde aux femmes les mêmes droits qu'aux hommes, les femmes sont victimes d'une discrimination sociale et culturelle qui leur assigne les travaux ménagers et qui valorise leur fonction reproductive au détriment de leur fonction productrice. On comprend donc que les femmes mariées n'ont aucun pouvoir d'initiative quant à leur vie sexuelle. Elles se trouvent dans la position de victimes innocentes et l'infection est qualifiée de transmission passive.

En ce qui concerne les femmes célibataires ou vivant seules, de nouvelles charges et de nouvelles obligations les amènent souvent à voir la prostitution comme seule solution pour faire face à la pauvreté.

Les jeunes femmes et les adolescentes représentent la partie des femmes la plus exposée au VIH/Sida par voie sexuelle. Souvent victimes d'abus, elles souffrent aussi de discrimination qui fait qu'on les juge trop jeunes pour recevoir l'information relative à la sexualité.

Les soucis pour la survie à court terme peut mener les femmes pauvres à s'engager

29 Salimata Niang Diallo, « Les besoins ignorés des femmes africaines dans la lutte contre le sida », in *Pluralité et convergences*, sous la direction de Huguette Degenais, 1999.

dans la prostitution qui paradoxalement les expose au risque à long terme de maladie et de mort par l'infection du VIH. La pauvreté limite aussi l'accès à l'information de la santé sexuelle, aux technologies de prévention et au traitement. Tandis que cela vaut pour les femmes ainsi que pour les hommes, l'inégalité fondée sur le genre forme différentes expériences de la pauvreté et des impacts sur la capacité des femmes et des hommes de sortir de la pauvreté. De même, les normes de genre font que les femmes sont considérées comme étant principalement responsables des activités reproductrices et productives dans la maison, contrairement aux hommes qui sont considérés comme les acteurs et producteurs économiques primaires en dehors de la maison.

De tels stéréotypes de genre expliquent que les femmes aient beaucoup moins d'accès que les hommes aux ressources productives principales telles que l'éducation, la terre, le revenu, le crédit et l'emploi, ce qui réduit de manière significative la puissance qu'ils ont dans la négociation de la protection avec leurs partenaires et affecte considérablement leur capacité de faire face à l'impact de l'infection.

Le VIH/sida n'est pas seulement avancé par les inégalités fondées sur le genre, mais il établit ces inégalités. Le fait de définir et de stigmatiser les personnes à risque comme les homosexuels, les prostitués et les consommateurs de drogue, a obscurci le taux croissant des infections des personnes croyant être protégées. Le facteur de risque dominant est aujourd'hui les rapports hétérosexuels. Les approches basées sur la médecine officielle ont été, et continuent à être insatisfaisantes, parce qu'elles ignorent la dimension sociale, culturelle et économique des droits de l'homme. La concentration sur les droits sexuels et reproductifs des femmes et des hommes est une mesure importante à prendre. Une vraie participation à la définition des problèmes et des solutions est fondamentale pour la réalisation du renforcement du pouvoir. Les femmes et les hommes vivant avec le VIH peuvent mener des vies dignes s'ils sont soutenus par les sociétés et communautés auxquelles ils appartiennent au lieu d'être stigmatisés.

Or, le renforcement du pouvoir risque de ne pas se traduire en pratique si le pouvoir inégal dans les relations de genre au niveau personnel, collectif et institutionnel est négligé. La nature complexe et l'ampleur de l'épidémie du VIH/sida exige une réponse coordonnée qui se produit à tous les niveaux, contient différentes approches et est incorporée dans tous

les secteurs³⁰. Il est important de « lever les stéréotypes et de nuancer le regard »³¹ sur des notions et des concepts admis dans le champ de recherche traitant du rôle des femmes dans l'expansion du sida en Afrique. Ces stéréotypes, tels que la vulnérabilité ou la prostitution, simplifient une réalité complexe et introduisent des éléments de stigmatisation des femmes. Les pratiques dites culturelles comme la polygamie ou la circoncision ne suffisent pas à elles seules à expliquer le développement ou la stagnation de l'épidémie. Il s'agit de combiner la part sociale et la part « culturelle » de la maladie dans l'analyse des stratégies des acteurs et notamment celles des femmes à l'égard du risque d'infection par le virus du sida.

La problématique « femme, sida, Afrique » a été pendant longtemps réduite aux questions de « santé maternelle et infantile » et de la « santé de la reproduction » au détriment de la « santé de la femme ». La femme ne peut pas seulement être considérée en tant que mère, elle est aussi un adulte, et en tant que tel fait des choix en matière de santé. La mise en cause des femmes dans la propagation de l'épidémie du sida s'est faite par le biais de la catégorie globalisante de « prostituées » et a fini par conduire à l'inconvenance du contenu de certains messages de prévention. La diffusion entraîne plutôt de l'étrangeté que de la crainte par rapport aux risques de transmission du VIH pour de nombreuses femmes. Il est nécessaire d'établir une distinction entre multipartenariat et prostitution dans la compréhension du rapport des femmes au sida et de la propagation de cette maladie. L'imprécision de certaines notions peut donner lieu à des pratiques à risques. Par exemple, les notions d'abstinence et de virginité ne renvoient pas toujours à l'absence de relations sexuelles, mais parfois à des pratiques telles que la masturbation, l'utilisation du préservatif, un rapport sexuel anal ou oral. En ce sens, ces notions d'abstinence et de virginité peuvent aussi entraîner des pratiques à risques. L'urgence de sensibiliser et d'informer les femmes sur le sida est évidente mais pas suffisante. Il faut associer à cette démarche l'amélioration de la condition des femmes. Les femmes africaines doivent acquérir du pouvoir et parvenir à mieux contrôler leurs vies, afin de pouvoir prendre des décisions sur les questions relatives à leur sexualité.

Malheureusement, beaucoup d'approches pour combattre la diffusion et l'impact du

30 Vicci Tallis, « Gender and HIV/Aids: Overview report », 2002.

31 Laurent Vidal, « Femmes en temps de sida. Expériences d'Afrique. », 2000.

VIH/sida ne tiennent pas compte des différences et inégalités de genre. Certaines approches prennent en considération la passivité des femmes et la dominance des hommes dans les décisions concernant le sexe et la reproduction, d'autres ont répondu aux différents besoins et aux contraintes des femmes et des hommes, mais aucune n'a réussi à défier le « statu quo du genre ».

Réussir à contrôler la situation du sida est essentiel, mais impossible si on ne prend pas en compte le fait que ce sont les femmes qui sont le plus affectées. L'impact du sida est sans précédent: le sida tue des millions de jeunes, privant ainsi les familles, les communautés et des pays entiers de leur population la plus productive. L'épidémie du sida a pour effet d'aggraver et de propager la pauvreté, d'inverser le développement humain, d'augmenter les inégalités entre les sexes, de réduire la productivité et d'empêcher une croissance favorable aux pauvres.

Les rapports sociaux de sexe, qui font des hommes les dominants et des femmes les dominées, sont donc un obstacle majeur à la lutte contre le VIH/sida. Agir contre la reproduction des rapports sociaux de sexe dans le système patriarcal actuel est essentiel pour changer la tendance à la féminisation du sida en Afrique subsaharienne. En continuant de considérer les femmes comme subalternes aux hommes, les stéréotypes, les préjugés et les discriminations sexistes restent présents dans l'ensemble du monde. Les rapports sociaux de sexe, qui assignent des places asymétriques aux femmes et aux hommes en raison de normes culturelles et sociales, représentent un obstacle majeur à l'estime de soi et à l'autonomie des femmes, et par conséquent à la prévention efficace contre le sida.

L'« empowerment » des femmes est un élément essentiel dans la lutte contre le sida, parce qu'il a comme but de donner du pouvoir de décision aux femmes, et ce dans la vie publique ainsi que dans la vie privée. Les rapports de domination entre les hommes et les femmes jouent un rôle crucial dans la situation des femmes africaines. Le changement des rapports sociaux de sexe est essentiel, parce que même les femmes les plus informées sur le sida ne vont pas pouvoir imposer à leurs partenaires sexuels l'utilisation d'un préservatif.

Le VIH/sida est un problème touchant de manière significative le développement humain ainsi que le développement économique. L'épidémie évolue le plus rapidement dans les pays où les femmes ont un faible statut social, où elles n'ont pas le pouvoir d'imposer des

rapports sexuels protégés, où les rapports sexuels hors mariage sont courants et où les femmes sont souvent forcées d'échanger du sexe pour de l'argent.

Parce que la propagation du sida est liée aux inégalités de genre, une réponse sensible au genre est indispensable. Pour contrôler la propagation du sida, il est important de reconnaître aux femmes leurs droits dans tous les domaines de la vie, et c'est pour cette raison que l'« empowerment » des femmes est un instrument nécessaire dans la lutte contre le sida. L'« empowerment » des femmes vise l'accès des femmes au pouvoir. Il s'agit de valoriser l'autonomie personnelle des femmes en prenant elles-mêmes les décisions politiques, sociales et économiques. Le but est le développement de l'autonomie et de la confiance des femmes, pour être en mesure par la suite de provoquer des changements.³² En outre d'accorder de l'importance à l'indépendance économique des femmes, l'empowerment des femmes favorise aussi le développement du pouvoir pour les femmes. L'empowerment vise l'accroissement des habiletés favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative et le contrôle. Gibson définit l'empowerment comme étant « un processus social de reconnaissance, de promotion et d'habilitation des personnes dans leur capacité à satisfaire leurs besoins, à régler leurs problèmes et à mobiliser les ressources nécessaires de façon à se sentir en contrôle de leur propre vie »³³. L'enjeu fondamental pour l'avenir est de faire en sorte que le temps des femmes dans la lutte contre le sida soit celui de la négociation des risques, dans les domaines de la sexualité, de la maternité, du travail ou de la recherche de soins³⁴.

Les causes de la vulnérabilité des femmes face au VIH/sida sont claires. Une riposte à la féminisation du sida devrait donc être possible. Nous allons présenter dans la section suivante un modèle qui, selon Geeta Rao Gupta, est pertinent pour une lutte efficace contre la féminisation du sida.

1.5. Le modèle de Gupta

32 Margaret Snyder, « African women and development, a history », 1995.

33 C.H. Gibsons, « A concept analysis of empowerment », 1991, p. 359.

34 Ibid

Geeta Rao Gupta³⁵, présidente de l' « International Center for Research on Women », a tenu un discours à la Conférence internationale sur le sida à Durban, le 12 juillet 2000. Elle a discuté non seulement des facteurs de vulnérabilité des femmes au VIH, mais aussi des manières par lesquelles le déséquilibre de pouvoir dans les relations de genre accroît la vulnérabilité des femmes et des hommes au VIH. La vulnérabilité des femmes se traduit premièrement par le fait que dans plusieurs sociétés, il est dicté qu'une femme « bien » est supposée « être ignorante à propos de la sexualité et passive dans les interactions sexuelles »³⁶. En outre, la maternité et la virginité sont considérées dans certaines cultures comme un idéal féminin. Le recours à des moyens contraceptifs ou à des options de rapports sexuels sans pénétration présente un dilemme d'importance pour les femmes. La dépendance économique et la violence aux femmes accroissent la vulnérabilité des femmes au VIH.

Gupta se pose la question comment on pourrait vaincre les barrières que sont les inégalités de genre et de sexualité. Selon elle, il faut commencer par la reconnaissance, la compréhension et la discussion en public des manières par lesquelles les inégalités de pouvoir en matière de sexualité aggravent l'épidémie. La réduction du déséquilibre de pouvoir entre les femmes et les hommes nécessite des politiques conçues pour donner du pouvoir aux femmes, autrement dit, des politiques qui visent à réduire l'écart entre les genres sur le plan de l'éducation, à améliorer l'accès des femmes aux ressources économiques, à augmenter la participation politique des femmes et à les protéger contre la violence.

Pour évaluer les politiques de lutte contre le sida nous allons utiliser le modèle de Geeta Rao Gupta, connu sous le nom « Conceptual framework for assessing HIV/AIDS programmes »³⁷. Dans son modèle, Gupta fait la différence entre cinq approches dans la lutte contre le sida. La première approche est celle qui renforce les stéréotypes existants. Elle comporte les programmes et politiques qui présentent les femmes comme victimes sans aucun pouvoir et les hommes comme les dominants. Ces programmes reproduisent le

35 Geeta Rao Gupta, « Gender, sexuality, and HIV/AIDS: the what, the why, and the how », 2000.

36 Ibid, p.2.

37 Ibid

message que les hommes sont actifs et les femmes restent passives dans les relations sexuelles. La deuxième approche est celle qui est neutre à l'égard du genre. Ces programmes ne ciblent pas les femmes ou les hommes en particulier, mais passent des messages à tout le monde. Selon Gupta, elle est un pas en avant, parce qu'au moins elle n'aggrave pas les choses. La troisième approche est adaptée au genre, c'est-à-dire, elle contient des programmes «qui reconnaissent et qui respectent les besoins particuliers et les contraintes des individus en fonction de leur genre et de leur sexualité »³⁸. La quatrième approche comporte les programmes qui ont comme but l'«empowerment» des femmes. Il s'agit de programmes qui cherchent à réduire l'écart entre les genres en éducation, à améliorer l'accès des femmes à des ressources économiques, à augmenter la participation des femmes à la politique et à les protéger contre la violence. Tous ces éléments sont indispensables pour donner du pouvoir aux femmes. La dernière approche du modèle de Gupta est l'approche transformative. Elle inclut les programmes et les politiques qui ont comme but de transformer les rôles attribués aux genres afin de créer des relations plus égales entre eux.

Selon Gupta, ces différentes approches, et particulièrement les trois dernières, ne sont pas exclusives. Elles doivent être complémentaires, on a besoin d'une approche «à plusieurs facettes». Les rapports sociaux de sexe influencent énormément l'accès des femmes et des hommes aux ressources-clés telles que l'information, l'éducation, l'emploi, les revenus, la terre, la propriété et le crédit. C'est justement le manque d'accès à ces mêmes ressources qui rendent les femmes plus vulnérables à l'infection du sida. Il est donc nécessaire d'intégrer le genre dans toutes les politiques de développement, y compris celles de la lutte contre le VIH/sida, afin de transformer les rôles attribués au genre en commençant par l'empowerment des femmes.

38 Ibid, p.5.

CHAPITRE II

LES INSTITUTIONS INTERNATIONALES, LEUR LUTTE CONTRE LE SIDA ET L'INTÉGRATION DU GENRE

La lutte contre le sida et la lutte pour l'égalité des sexes sont inséparables et nécessaires au développement. Nous allons par la suite passer en revue les politiques de lutte contre le sida en général des institutions internationales pour voir ensuite si elles prennent en compte la vulnérabilité particulière des femmes face à cette maladie.

2.1. Les politiques de lutte contre le sida des institutions internationales

Les premiers cas du sida ont été diagnostiqués au début des années 80. Une maladie comme le sida, qui représente une véritable pandémie, a de multiples conséquences

démographiques et socio-économiques. Le sida ne connaît pas les frontières et la maladie s'est vite propagée dans toutes les régions du monde. Cette pandémie nécessite une lutte qui relève d'autres instances que seul les gouvernements nationaux. Une forte coopération internationale entre différents types d'acteurs apparaît non seulement nécessaire, mais indispensable.

2.1.1. Les premiers pas vers une coopération internationale dans la lutte contre le sida.

«Le sida ne peut plus accomplir dans l'ombre son oeuvre macabre. Le monde a commencé à se réveiller. Nous avons assisté à cet éveil dans les médias et dans l'opinion publique, et il s'est produit sous l'impulsion de médecins et de travailleurs sociaux, de militants et d'économistes, et avant tout de personnes dont la vie est touchée par la maladie.»³⁹ C'est avec ces mots que le Secrétaire Général de l'Organisation des Nations Unies Kofi Annan a ouvert son discours à la session spéciale du 25 juin 2001 à New York, que l'Assemblée Générale des Nations Unies a consacré au VIH/sida.

Que le monde se soit vraiment réveillé est peut-être une affirmation trop optimiste. Bien-sûr, il s'est passé quelque chose dans le domaine de la lutte contre le sida. La mobilisation internationale dans la lutte contre cette pandémie meurtrière a commencé au sein du monde scientifique avant de se répercuter auprès du monde politique. À partir de 1985, des conférences internationales ont été tenues chaque année dans le but d'échanger les plus récentes découvertes sur la maladie. Ces conférences ont graduellement mis à jour les enjeux impliqués par le sida, ce qui a incité la participation des organisations internationales

³⁹ Nations Unies, 2001, <http://www.un.org/french/ga/sida/conference.html>.

et des gouvernements dans cette lutte internationale contre le sida. Comme le mentionne Yole G. Sills, ces conférences permettent de constater l'évolution de la question du sida en dehors du seul domaine de la santé.⁴⁰

2.1.1.1. La création d'ONUSIDA

Les efforts des Nations Unies pour une réponse à la pandémie ont commencé en 1988. Le rôle déterminant a été joué par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), organe des Nations Unies s'occupant des questions de santé. Elle a élaboré la première stratégie mondiale de prévention et de lutte contre le sida, le *Global Program on AIDS (GPA)*. Ce programme consistait avant tout à appuyer les pays à formuler des Programmes de Lutte contre le sida visant essentiellement l'adaptation des systèmes de santé existants. Mais faisant face à la propagation très rapide de l'épidémie dans les années 90, l'OMS voit la nécessité de passer à des plans d'actions globaux. L'épidémie n'est pas seulement un problème de santé, mais a aussi des effets destructeurs sur les vies humaines, sur le plan socio-économique et sur le développement. Le sida nécessite une intervention beaucoup plus élargie.

En 1996 a finalement été créé le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), une institution au sein de laquelle sont concentrés les activités des organisations des Nations Unies relatives à la question du sida. Ce programme est le « principal ambassadeur d'une action mondiale accélérée, complète et coordonnée contre l'épidémie »⁴¹. Les quatre buts envisagés par ce programme sont les suivants:

- Prévenir la transmission ainsi que la propagation du VIH
- Apporter les soins et le soutien nécessaires aux personnes infectées et touchées par la maladie
- Réduire la vulnérabilité des individus et des communautés face au sida
- réduire l'impact humain et socio-économique de l'épidémie.

Le programme met en commun les efforts dans la lutte contre le sida de dix agences

⁴⁰ Yole G. Sills, *The Aids pandemic: social perspectives*, 1994, p.108.

⁴¹ ONUSIDA, «Une riposte exceptionnelle au sida», p.3

des Nations Unies qu'on appelle les « co-parrains » de l'ONUSIDA⁴².

Ces co-parrains se sont engagés à inclure la lutte contre le sida, qui représente désormais une priorité institutionnelle, dans leurs programmes. Toutes ces institutions participantes ont leur mission bien définie⁴³.

On peut donc dire que l'ONUSIDA est une stratégie internationale de lutte contre le sida qui repose sur la coopération et la mise en commun des moyens d'action. Les différents co-parrains s'organisent au niveau international afin de coordonner des actions de grande ampleur selon des principes de partenariat. Un plan stratégique sur le VIH/sida a été mis au point à l'échelle du système des Nations Unies. En outre, ONUSIDA appuie les actions nationales de lutte contre le sida en formant des groupes thématiques sur le VIH/sida qui sont constitués d'organisations co-parrainantes, de donateurs bilatéraux, d'organisations non gouvernementales et de représentants du pays hôte. L'objectif de ces groupes est de travailler à l'élaboration de programmes et à la planification, au suivi et à la mobilisation de ressources.

Mais malgré ces efforts de la communauté internationale, on ne peut constater aucune amélioration de la situation sur le plan global.

42 Les six premières agences étaient le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) et la Banque Mondiale (BM). Ces six agences sont rejoints plus tard par les quatre institutions suivantes: Le haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), le Programme alimentaire mondial (PAM), l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et l'Organisation Internationale du Travail (OIT).

43 L'UNICEF exécute des programmes axés particulièrement sur les enfants infectés ou touchés par le sida et se concentre sur la santé des jeunes et la prévention de l'infection chez les femmes. Le PNUD a comme mission d'accroître la sensibilisation aux conséquences de l'épidémie sur le développement en collaborant avec des organisations non gouvernementales. Le FNUAP finance avant tout les programmes relatifs à la santé reproductive et à la formation en se concentrant particulièrement sur les femmes et les adolescents. Les activités liées à l'utilisation des drogues injectables sont appuyées par l'ONUDC, tandis que l'OIT s'occupe des campagnes de prévention en milieu de travail. L'UNESCO met en oeuvre des programmes de formation dans le but d'aider les jeunes à mieux comprendre les risques d'infection par le virus. L'OMS met en place et renforce les systèmes de santé afin d'assurer la prévention mais aussi des soins de santé complets. Finalement, la Banque Mondiale a comme mission de réduire les effets du sida à travers des projets d'investissement dans le secteur public et privé.

2.1.1.2. Le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

Après quelques années seulement, on constate que pour lutter efficacement contre la pandémie du sida, il faudrait augmenter de manière considérable les ressources. Les dirigeants des pays du G8 ont reconnu cette nécessité de ressources lors de leur sommet à Okinawa en 2000. Dans leur déclaration finale, ils remarquent:

« La santé est essentielle à la prospérité. Une bonne santé contribue directement à la croissance économique, tandis qu'une mauvaise santé favorise la pauvreté. Les maladies infectieuses et parasitaires, et surtout le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, ainsi que les maladies de l'enfance et les infections communes menacent d'annuler les effets de dizaines d'années de développement et de priver toute une génération de l'espoir d'un avenir meilleur. C'est seulement par des actions soutenues et une coopération internationale cohérente destinées à mobiliser pleinement des ressources médicales, techniques et financières nouvelles et existantes que nous parviendrons à renforcer les systèmes de soins et à aller au-delà des approches traditionnelles pour rompre le cercle vicieux de la maladie et de la pauvreté. »⁴⁴

C'était lors du sommet des dirigeants africains à Abuja au Nigéria en avril 2001, que

44. Communiqué du G8-Okinawa, 2000.

http://www.canadianheritage.gc.ca/progs/ai-ia/ridp-irpd/02/okinawa_f.cfm

le Secrétaire des Nations Unies a appelé à la création du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. En janvier 2002, ce Fonds est créé. Le Fonds Mondial est un mécanisme financier qui ne met pas en oeuvre des programmes de lutte contre le sida, mais dont l'objectif est de financer des programmes de lutte contre les trois pandémies dans les pays en développement. Selon les experts, 15 milliards de dollars⁴⁵ par an sont nécessaires pour enrayer la propagation des trois maladies. Les pays riches se sont engagés à être les principaux contributeurs de ces fonds nécessaires.

Seulement sept mois après que ce nouveau service international a été proposé, les dons sont montés à plus de 1.5 milliard de dollars. Le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme semble une bonne solution de soutien financier contre ces maladies. Même si les fonds ne peuvent pas être le seul instrument pour une réponse globale à l'épidémie du sida, ils sont d'une importance primordiale. Or, les engagements qui ont été pris par les nations les plus riches au monde dès sa création sont prometteurs. C'était le temps de l'optimisme et des belles promesses qui malheureusement, pour la plupart, n'ont été suivies d'aucun effet. Les promesses sont rarement remplies, ni en financement ni en soutien à des programmes destinés à sauver des vies⁴⁶.

2.1.2. La lutte contre le sida, un échec?

⁴⁵ Act Up Paris, «Fonds mondial, état des lieux pas très joyeux», in Action 93, mai 2004

⁴⁶ En 2005, le premier cycle de subventions au Fonds Mondial, qui date de 2002, s'est achevé comme prévu. Afin que le Fonds puisse continuer à financer des nouveaux projets ainsi que finir les programmes lancés depuis 2002, les pays riches devaient reconstituer les réserves du Fonds. Or, le 6 septembre 2005, lors d'une conférence internationale visant à reconstituer le Fonds, les pays riches n'ont promis que 3,7 milliards de dollars, alors qu'il s'agissait d'apporter 7,1 milliards pour les années 2006-2007. L'insuffisance de cette somme implique des problèmes pour le Fonds de financer de nouveaux programmes de lutte contre le sida dans les pays pauvres et peut même signifier l'arrêt du financement des programmes en cours. Cet échec est d'autant plus choquant, parce qu'il n'est arrivé que peu après un rapport publié par l'ONU qui indiquent un besoin de 15 milliards de dollars pour 2006 et de 18 milliards pour 2007, si on veut arrêter la propagation du sida.

Dès la découverte du virus, les organisations internationales ont donc pris des mesures en choisissant des stratégies globales d'aide aux différentes régions du monde touchées par le virus. Mais est-ce que ces démarches ont réussi à changer quelque chose?

En fait, on peut résumer la coopération dans le domaine de la lutte contre le SIDA à trois volets différents: la prévention, la formation et l'information.

La prévention est un élément très important. Elle a comme but de réduire les infections, d'empêcher une étendue de la maladie encore pire qu'actuellement. Il s'agit essentiellement du dépistage en banque du sang des donneurs, dépistage reposant sur une technique assez simple, pas très coûteuse et ne nécessitant pas un personnel de haute technicité. Un autre élément important est l'information des séropositifs dépistés, qui pourraient diffuser le message préventif vers le reste de la population. Ensuite, la prévention comprend encore la sensibilisation du personnel médical au risque d'une transfusion de la maladie par l'utilisation de canules mal stérilisées.

Un autre terme très souvent entendu en parlant de prévention est le «préservatif». Même si de nombreuses manifestations contre le sida en Afrique conduisent de plus en plus à l'information de l'importance du préservatif, de nombreuses personnes déclarent encore de ne pas l'utiliser. La raison principale qui décourage les gens à utiliser un préservatif est souvent le prix. Une personne qui doit vivre avec un dollar par jour, n'a tout simplement pas les moyens de s'acheter des préservatifs. Mais il existe d'autres raisons, comme par exemple la honte de se procurer des préservatifs, souvent encore le manque d'information, mais aussi le fait que surtout dans les régions rurales, les préservatifs ne sont tout simplement pas disponibles. Le préservatif est un des moyens de prévention les plus efficaces et les moins chers, ce qui implique une forte promotion de son utilisation par les institutions internationales.

La communauté internationale a pendant longtemps utilisé l'approche ABC (acronyme anglais : abstinence, fidélité, préservatifs) pour lutter contre le sida. Cette méthode vise à encourager les gens de s'abstenir le plus longtemps possible des relations sexuelles, d'être fidèles à leur partenaire et d'utiliser le préservatif. Cette méthode de prévention n'est pas dispendieuse et donne, d'après les institutions internationales, des

conseils efficaces aux gens pour changer leur comportement sexuel et ainsi se protéger contre le sida. Mais cette méthode est insuffisante si utilisée seule. Elle ne donne ni de l'information sur les modes de transmission du sida ni de mode d'emploi pour l'utilisation du préservatif. En plus, dans beaucoup de pays en développement, l'accès au préservatif est impossible pour des causes politiques, économiques ou bien religieuses. Il s'agit d'une méthode très simpliste qui a souvent été critiquée, parce qu'un homme ou une femme fidèle à son partenaire infidèle n'est pas protégé contre l'infection du VIH.

Julia Dayton, qui est l'auteure d'une évaluation des activités de lutte contre le sida de la Banque Mondiale dans toutes les régions du monde en développement entre les années 1986 et 1996, constate que la Banque a fourni de l'assistance, sous forme de prêts et subventions, surtout pour la collecte d'information. Le soutien était beaucoup moins important pour les interventions concentrées sur la réduction de comportements à risque. La Banque Mondiale a principalement soutenu les projets de prévention.

Mais on ne peut pas réduire la lutte contre le sida à la seule prévention, ce qui est d'ailleurs trop souvent le cas, si on regarde les différents programmes des organisations internationales, respectivement des gouvernements du Nord.

Or, il ne faut pas oublier les gens qui sont déjà contaminés par le VIH, ou qui même souffrent déjà du sida. Eux aussi méritent l'attention ainsi que les crédits des pays occidentaux. Bien qu'il existe des traitements efficaces pour prolonger et faciliter la vie des personnes vivant avec le sida, ils sont vendus à un coût très élevé, ce qui renforce de nouveau les inégalités entre les pays du Nord et ceux du Sud. Seulement une minorité des malades africains ont accès à un tel traitement, alors que dans les pays du Nord, la majorité des infectés peuvent en bénéficier. Certes, l'absence en Afrique des infrastructures et des équipements nécessaires, ainsi que le manque de personnel médical qualifié est un problème supplémentaire, mais ceci ne justifie en aucun cas l'abandon des malades graves. Un traitement anti-rétroviral est la moindre chose dont chaque malade du sida devrait pouvoir bénéficier, parce qu'il ne s'agit pas d'un problème de disponibilité mais d'un problème de coût. Tout le monde devrait avoir accès à ce traitement et ceci sans conditions et maintenant. Certainement, la prévention revient moins chère. «Avec le prix d'une journée de

médicaments contre le sida, on pourrait acheter beaucoup de préservatifs. Ces derniers ont en général mis un terme à la transmission du virus, tandis que même les meilleurs remèdes ne parviennent pas à le guérir»⁴⁷

Malheureusement, l'existence de médicaments ne veut pas dire nécessairement que tout le monde peut en profiter. En fait, la majorité des malades du sida ne bénéficient pas des traitements antirétroviraux. Même si les programmes d'accès aux médicaments se multiplient, les prix restent trop élevés, et ce sont toujours les plus riches qui peuvent se les procurer.

En ce qui concerne les lacunes en matière de traitement, ONUSIDA constate que, depuis 1996, l'utilisation des médicaments antirétroviraux a fortement réduit les maladies et les décès liés au sida dans les pays où ils sont largement disponibles. Pourtant, à la fin de 2002, selon les estimations, seulement 1% des personnes ayant besoin d'un tel traitement, y avaient accès.

Dans un document officiel du Fonds Mondial de Lutte contre le sida datant de 2005, on peut lire qu'un de leurs résultats prévus après cinq ans est que « plus d'1,6 millions de personnes recevront des antirétroviraux »⁴⁸, ce qui n'est rien si on sait qu'environ 40 millions de personnes sont infectées dans le monde.

Il ne peut pas exister deux médecines différentes, l'une pour le Nord et l'autre pour le Sud, ce qui est d'ailleurs encore trop souvent le cas. Il est inacceptable que les pays du Nord bénéficient de traitements alors qu'au Sud on se limite aux préservatifs et à quelques affiches d'information. L'épidémie du sida est une épidémie mondiale, les frontières des pays n'arrêtent pas le virus et le problème du sida ne peut pas être résolu au Nord sans qu'il ne le soit au Sud. Traiter les gens avec succès dans tous les lieux n'est possible que si l'on prend la thèse que toute vie compte. Une solidarité des pays du Nord est indispensable pour pouvoir lutter efficacement contre la maladie mortelle.

Même si les moyens de combattre l'épidémie sont de plus en plus efficaces, l'identification des responsabilités face au sida devient un enjeu crucial. La gravité de

47 GELLMAN, Barton, *Quand l'OMS refusait les trithérapies*, Courrier international N° 538, 2001

48 Fonds Mondial de lutte contre le sida, « Rapport d'activités », janvier 2005, p.2.

l'épidémie est connue, des acteurs importants de la vie internationale font des plaidoyers, les moyens pour agir sont disponibles et on sait que seule une mobilisation politique et économique est susceptible d'une emprise suffisante pour enrayer l'épidémie. Le fait qu'on constate une aggravation de la situation, pourrait mettre en cause les institutions internationales, et même provoquer une crise majeure.

Selon Gilles Alfonsi, les dirigeants des pays les plus touchés doivent mettre radicalement en cause les organismes internationaux pour rompre le silence ou l'indifférence feinte. Il s'agit de construire la responsabilité politique, sociale et juridique des pouvoirs ayant la capacité de mener une action pour la sauvegarde de l'humanité.

Il mentionne également que même si les mobilisations internationales se développent considérablement, le drame est là. Il le compare à une « grenade déjà dégoupillée »⁴⁹ et selon lui, il s'agit moins d'en prévenir l'explosion que d'en gérer les effets politiques.

Selon l'auteur, on peut remarquer un fossé constant entre les intentions déclinées par la communauté internationale et les moyens effectivement mis en oeuvre contre l'épidémie. ONUSIDA joue depuis des années un rôle crucial d'alerte des États, des médias et des opinions publiques. Or, selon Alfonsi, on doit s'inquiéter que les discours des Nations Unies ne sont pas suivis d'actes significatifs et désespèrent toutes les forces qui attendent les moyens d'agir, tant pour la prévention que pour les soins.

Prévention et soin sont indissociables. Une bonne politique de prévention est aussi importante que l'accès au traitement pour tous les infectés. Malheureusement, la communauté internationale ne s'engage pas suffisamment. En ce qui concerne les ressources, même avec les récentes augmentations des dépenses nationales et internationales relatives au sida, la disparité entre les besoins et le financement continue d'être l'un des plus grands obstacles au combat pour arrêter l'épidémie. Une grande partie des dépenses consacrées au VIH/sida en Afrique ne provient ni des gouvernements ni des donateurs, mais des individus.

Les pays du Nord font des promesses qu'ils ne tiennent pas. Les sommes nécessaires augmentent de jour en jour, alors que le Fonds Mondial de lutte contre le sida est en train de se vider.

49 Gilles Alfonsi, « Tous responsables », 2002, p.43.

2.2. Les institutions internationales: une approche différenciée selon le genre?

Nous avons donc constaté qu'en général, les politiques des institutions internationales ne sont pas si efficaces qu'on ne l'a espéré. Le nombre de personnes infectées est en constante augmentation. « Chaque jour, plus de 8000 personnes meurent du sida. Chaque heure, presque 600 sont infectées. Chaque minute, un enfant meurt du virus. »⁵⁰

Nous avons montré dans le premier chapitre que les femmes sont beaucoup plus vulnérables à l'infection du VIH/sida que les hommes pour des raisons biologiques, épidémiologiques, socioculturelles et économiques. Le nombre des femmes infectées ne cesse d'augmenter de manière disproportionnée par rapport à celui des hommes infectés, en particulier en Afrique subsaharienne. Cette vulnérabilité est renforcée par des inégalités qui sont fondées sur le genre. Nous avons aussi montré que les inégalités fondées sur le genre, ainsi que le sida affectent le développement de manière significative. Ces trois aspects devraient donc être considérés dans toute politique de lutte contre le sida. Nous allons voir maintenant si les institutions internationales, notamment les organismes des Nations Unies, ont adopté une approche différenciée selon le genre dans leurs politiques de lutte contre le sida.

⁵⁰ Kofi Annan, Ne pas abandonner face au sida, Washington Post, Jeudi, 29 novembre 2001.

2.2.1. Les institutions internationales et l'intégration du genre

La Banque Mondiale se pose la question suivante: « Si les inégalités fondées sur le genre causent du tort aux personnes, affectent leur bien-être et nuisent au développement d'un pays, comment expliquer qu'elles existent dans un si grand nombre de pays ? »⁵¹ Les institutions sociales et économiques, comme les normes, les coutumes, les droits, les lois et les marchés, ont un impact déterminant sur les relations entre les hommes et les femmes et leurs rôles respectifs. Elles influencent en même temps les ressources auxquelles chacun a accès, les activités dans lesquelles il convient ou non de s'engager, ainsi que les modalités selon lesquelles on peut participer à l'économie et à la société, toujours selon le genre. Ce sont les institutions qui renforcent les préjugés. Même si elles n'établissent pas une distinction claire entre les hommes et les femmes, elles sont généralement influencées par des normes sociales relatives au rôle propre à chaque genre.

Dans tous les discours des institutions internationales, on peut constater une certaine importance accordée à l'égalité entre les sexes. Elles sont conscientes de la nécessité d'intégrer la question du genre dans toutes leurs politiques afin de changer les inégalités fondées sur le genre.

En ce qui concerne l'Organisation des Nations Unies, la tenue de la première conférence internationale sur les femmes à Mexico en 1975 a été le début d'une série de conférences mondiales ayant comme but d'attirer l'attention sur les femmes⁵². L'ONU a créé une agence spécialisée, UNIFEM, dont le rôle est de promouvoir la participation des femmes à la vie économique et politique des pays en voie de développement et d'améliorer la condition des femmes à travers le monde. L'agence fournit de l'assistance financière et

⁵¹ Banque Mondiale, « Les inégalités fondées sur le genre nuisent au développement », 2003, p.101

⁵² Au sein du système des Nations Unies, cette première conférence a permis la création de l'Institut international de recherche et de formation des Nations Unies pour la promotion de la femme (INSTRAW) et le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM) qui fournit un cadre institutionnel pour la recherche, la formation et les activités opérationnelles dans le domaine des femmes et du développement.

technique pour des projets qui visent l'égalité entre les sexes et l'« empowerment » des femmes. Les activités de l'UNIFEM sont concentrées sur quatre domaines stratégiques⁵³:

1. réduire la pauvreté des femmes.
2. mettre fin à la violence contre les femmes.
3. renverser la propagation du sida chez les femmes et les jeunes filles.
4. l'égalité entre les sexes dans la gouvernance démocratique en temps de paix et en temps de guerre.

Au sein des Nations Unies, l'UNIFEM s'occupe de la prise en compte du genre dans tous les programmes et projets.

Il n'existe aujourd'hui plus un seul organisme des Nations Unies qui n'a pas intégré le mot « genre » dans ses travaux et documents, et il existe des résultats réels. En 1981 est entrée en vigueur la Convention sur l'abolition de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, les Nations Unies ont créé un poste de rapporteur spécial sur les violences faites aux femmes, le Bureau International du travail a élaboré un droit international de travail sexuellement égalitaire.

Comme le dit Sophie Bessis, « on pourrait donc croire que la politique de développement des agences des Nations Unies a profondément évolué depuis qu'elles ont découvert qu'aucun projet ne pouvait être sexuellement neutre »⁵⁴. Mais c'est justement ici le problème: Les institutions internationales ont été incapables de transformer leur discours en action concrète.

En 1995 a eu lieu la quatrième Conférence Mondiale sur les femmes à Beijing. Lors de cette conférence, les représentants de 189 États et les femmes de près de 2600 organisations non gouvernementales se sont réunis pour trouver un accord dans lequel ils ont reconnu que l'investissement dans la santé et dans les droits des femmes était essentiel à la résolution de nombreux problèmes auxquels le monde fait face. Le monde a reconnu que les droits des femmes sont indispensables pour le développement et la paix, et que les questions relatives aux femmes et les problèmes mondiaux constituent un seul et même problème⁵⁵.

⁵³ UNIFEM, <http://unifem.org/about/>

⁵⁴ Sophie Bessis, « Genre et développement : Théories et mises en œuvre des concepts dans le développement », 2001, p.5.

⁵⁵ La Déclaration et le Programme d'Action de Beijing comprend douze domaines d'action:
- La pauvreté persistante et croissante des femmes

Les États membres des Nations Unies se sont engagés lors de cette conférence à respecter les droits humains des femmes ainsi que de garantir l'égalité entre les hommes et les femmes. La question du genre fait donc partie des actions des institutions internationales depuis des années.

2.2.2. La lutte contre le sida et l'intégration du genre

En ce qui concerne les politiques de lutte contre le sida, ce n'est pas différent de tous les autres domaines d'action des institutions internationales. Les engagements internationaux ont affirmé le besoin de prendre en compte de manière explicite les inégalités basées sur le genre. Bien que complexe et difficile, l'introduction du genre dans le large éventail de réponses au VIH/sida est nécessaire pour freiner l'épidémie. Dans tous les documents on peut voir les statistiques sur l'augmentation du nombre de femmes infectées, et dans tous les documents on peut lire les idées, plans et projets pour freiner cet accroissement. Mais en fin de compte, les résultats ne montrent aucun changement. Au contraire, l'infection chez les femmes continue à augmenter.

-
- Les inégalités et les insuffisances de l'éducation et de la formation, et l'accès inégal à l'éducation et à la formation
 - Les inégalités et les insuffisances des soins de santé et des services connexes et l'accès inégal aux soins de santé et aux services connexes
 - La violence faite aux femmes
 - Les effets des conflits armés ou autres sur les femmes, y compris celles qui vivent sous occupation étrangère
 - L'inégalité des structures et des politiques économiques, de toutes les formes d'activités productives et de l'accès aux ressources
 - L'inégalité entre les hommes et femmes au niveau du partage du pouvoir et du processus décisionnel
 - L'insuffisance des mécanismes pour promouvoir l'avancement des femmes
 - La promotion et la protection inadéquates des droits fondamentaux des femmes et le manque de respect à leur égard
 - Les stéréotypes entretenus à l'égard de la femme, l'inégalité de l'accès des femmes et de leur participation à tous les systèmes de communication, surtout dans les médias
 - Les inégalités de genre dans la gestion des ressources naturelles et dans la protection de l'environnement
 - La discrimination persistante contre les fillettes et la violation de leurs droits.

Bessis soulève la question si « ce relatif immobilisme est dû au fait que les organisations internationales n'avancent que très lentement vers la parité et que, malgré la présence de femmes à la tête de plusieurs agences, la quasi-totalité du haut encadrement reste masculine? »⁵⁶ Toujours selon Bessis, les Nations Unies se sont « révélées incapables à la fois de passer outre aux résistances des États et aux conservatismes de nombre de sociétés dans lesquelles leurs agences interviennent, et de transformer en profondeur la logique de leurs interventions »⁵⁷.

Les institutions internationales sont bien conscientes de ce qui est à faire. Comme le révèle un document du Fonds des Nations Unies pour la population: « Il faut comprendre et répondre aux problèmes spécifiques auxquels sont confrontés les groupes particuliers de filles et de garçons, de femmes et d'hommes, pour la prise de décision et la négociation de rapports sexuels volontaires et à moindre risque; cela signifie aussi encourager la libre discussion sur la santé sexuelle, et défier les normes négatives du genre. Les stratégies de renforcement de capacité des filles et des femmes à développer l'estime de soi, la réflexion critique, l'affirmation de soi et à avoir accès à des opportunités accrues et à une autonomie économique se sont révélées efficaces pour la prévention du VIH »⁵⁸.

Une idée semblable apparaît dans un document de l'Organisation Mondiale de la Santé: «L'ensemble d'interventions les plus évoluées sont des interventions structurelles qui dépassent des interventions de santé pour réduire des inégalités de genre en renforçant le pouvoir des femmes et des filles. En augmentant leur accès aux ressources économiques et sociales, de tels interventions peuvent changer fondamentalement la dynamique économique et sociale des rôles et des rapports de genre, et dans le long terme protéger les femmes aussi bien que les hommes et les familles dans l'épidémie du VIH/sida.»⁵⁹

En ce qui concerne la lutte contre le sida, l'UNIFEM « part du principe que le VIH/Sida est un problème de santé et de développement mais qu'il est aussi étroitement lié à

56 Sophie Bessis, « Genre et développement : Théories et mises en œuvre des concepts dans le développement », 2001, p.9.

57 Ibid, p.5.

58 FNUAP, « Prévenir le VIH dès maintenant: Prise en compte des perspectives du genre dans la prévention du VIH », 2002, p.2.

59 Organisation mondiale de la Santé, «Integrating gender into HIV/AIDS Programmes», 2003, p.7.

l'inégalité entre les sexes »⁶⁰. Convaincu d'avoir « des stratégies qui changent les choses », l'UNIFEM aborde la problématique femmes et sida sous un angle de l'égalité des sexes et des droits humains.

Selon ONUSIDA, la « vulnérabilité des femmes et des filles africaines vis-à-vis de l'infection à VIH est intégralement liée aux inégalités entre les sexes, aux normes sociétales et à la discrimination sous-jacentes »⁶¹. Une évolution fondamentale des rapports entre les hommes et les femmes et de la manière dont les sociétés considèrent les femmes, le travail qu'elles réalisent ainsi que leur contribution est nécessaire pour changer durablement cette vulnérabilité. Selon ONUSIDA, les deux dernières décennies nous ont beaucoup appris sur les moyens qui permettent de diminuer l'écart existant entre les sexes pour ce qui est du sida. Le problème consiste maintenant à mettre en oeuvre ces stratégies afin d'obtenir des résultats réellement positifs pour les Africaines et leurs familles.

Les institutions internationales savent donc que le sida est loin d'être un seul problème de santé et que sans prise en compte du genre, il est impossible de renverser la propagation de l'épidémie. Donc, le problème est connu, et le pourquoi du problème est connu.

Comme il a été précisé antérieurement, le modèle élaboré par Geeta Rao Gupta se base sur cinq approches différentes:

- l'approche qui renforce les stéréotypes existants
- l'approche neutre à l'égard du genre
- l'approche adaptée au genre
- l'approche qui a comme but l'« empowerment » des femmes
- l'approche transformative

Selon Gupta, ce sont les trois dernières approches qui doivent être intégrées dans l'élaboration de chaque programme de lutte contre le sida qui se veut efficace. L'approche qui

60 UNIFEM, «HIV/aids- a gender equality and human rights issue», http://www.unifem.org/gender_issues/hiv_aids/at_a_glance.php

61 UNAIDS, « Accelerating action against AIDS in Africa », 2003, p.64.

renforce les stéréotypes existants et l'approche qui est neutre au genre ne prennent pas en compte la féminisation de la maladie. Or, de nos jours, si on veut gagner la lutte contre le virus du sida, il faut se concentrer avant tout sur les femmes.

Les institutions internationales ont choisi la prévention comme principal moyen de lutte contre le sida. Pendant des années, elles promeuvent la méthode ABC (abstinence et remise à plus tard des premiers rapports sexuels, monogamie ou diminution du nombre de partenaires sexuels, utilisation correcte des préservatifs). Le but de cette stratégie est d'informer les individus sur différentes stratégies d'un comportement sexuel plus sûr.

Or, cette approche est très simpliste et insensible au genre. Cette méthode sous-entend que toutes les personnes sexuellement actives ont un choix libre sur le « quand », le « comment » et le « où » des rapports sexuels. Les femmes qui sont fidèles à leur partenaire ne sont pas nécessairement protégées contre l'infection du sida. Le choix à l'abstinence et l'utilisation de préservatifs lors des rapports sexuels est rarement sous leur contrôle. Dans des sociétés où les femmes sont gardées dans l'ignorance par rapport à leur propre sexualité, le concept « abstinence » est souvent mal compris et limité à l'acte sexuel en tant que tel. En plus, dans les régions du monde où régit l'extrême pauvreté, les femmes sont souvent contraintes à vendre leurs services sexuels pour nourrir leurs enfants. L'abstinence n'est donc en aucun cas la solution à la maladie du sida.

La fidélité n'est qu'un bon moyen de prévention si elle est pratiquée par les deux personnes dans le couple. Une femme fidèle n'est pas protégée si son partenaire est infidèle. Or, cette méthode ABC n'est en aucun cas suffisante.

Pour qu'un programme de lutte contre le sida soit bénéfique aux femmes, il faut avant tout qu'il soit adapté au genre. Il faut connaître les besoins des femmes auxquelles les programmes sont destinés. Il est nécessaire de savoir que toutes les femmes ne sont pas pareilles. « La femme africaine » n'existe pas en tant que telle. De nombreuses variables, telles que la classe, la scolarité ou l'âge font en sorte qu'il existe des différences complexes. Les femmes n'ont pas toutes les mêmes besoins. Elles se trouvent sur différents niveaux de l'échelle de l'« empowerment ». Un plan d'action unique pour « les femmes de l'Afrique

subsaharienne » n'est pas suffisant.

Or, le discours des institutions internationales est très généralisé. Leurs politiques échouent dans un premier lieu dans l'identification des femmes visées par leurs politiques. Les politiques sont destinées aux « femmes » en général, ou aux « femmes vivant dans les pays en voie de développement » en particulier. On les considère comme une unité qui vivent toutes le même sort. Mais comme nous l'avons précisé dans le premier chapitre, il s'agit d'une combinaison complexe et variable de différentes hiérarchies. Il faut prendre en compte toutes les dimensions de la vie des femmes visées par les politiques. On les voit avant tout comme étant soumises aux hommes. Comme le dit Gupta, « plusieurs efforts du passé, et malheureusement aussi des efforts actuels, ont favorisé une image violente, dominante et irresponsable de la sexualité masculine, tout en dépeignant les femmes comme des victimes inoffensives ou des réservoirs d'infection »⁶². La communauté internationale reproduit l'idée des femmes soumises, innocentes et victimes inoffensives et des hommes violents, dominants et irresponsables en matière de la sexualité. Cette reproduction de l'image des hommes dominants et des femmes dominées renforce les stéréotypes existants, au lieu de les éliminer.

On peut remarquer par contre, que depuis certaines années, les institutions internationales ont commencé à reconnaître pleinement l'importance de la question du genre dans leurs discours de lutte contre le sida.

UNIFEM, ONUSIDA et le FNUAP ont écrit un rapport en 2004⁶³ qui se base sur les travaux de la Coalition mondiale sur les femmes et le sida, une nouvelle initiative qui vise à inciter à des actions concrètes dans plusieurs domaines d'une importance critique pour réagir de manière efficace. Ce document met l'accent sur l'importance de réorienter les programmes afin de répondre aux besoins des femmes et des filles. Ils recommandent des approches possibles qui permettront d'aider plus efficacement les femmes et les enfants.

Le rapport relève l'importance de faire en sorte que l'argent alloué à la lutte contre le sida ait un impact sur les femmes en s'assurant que les programmes internationaux disposent de suffisamment de fonds et de personnel pour la prévention, le traitement, les soins offerts

62 GUPTA, Geeta Rao, « Gender, sexuality, and HIV/AIDS: the what, the why, and the how », 2000, p.4.

63 UNIFEM, ONUSIDA, FNUAP, « Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis », 2004

dans la communauté, l'éducation, la lutte contre la violence et les droits de l'homme, afin de répondre pleinement aux besoins et aux circonstances des femmes et des filles.

En outre, ils relèvent l'importance de s'assurer que les femmes et les adolescentes ont les connaissances et les moyens nécessaires pour prévenir l'infection grâce à des campagnes d'information, d'éducation et de sensibilisation s'adressant à toute la population. Au niveau mondial, plus de 80% des jeunes femmes ne possèdent pas de connaissances « suffisantes » sur le VIH/sida. Si l'approche dite ABC a donné des résultats dans certains pays, on constate de plus en plus qu'elle doit être renforcée pour répondre aux besoins des femmes et des filles. Pour beaucoup d'entre elles, la puissance sociale et économique qui leur permettrait de négocier la fidélité ou l'usage du préservatif leur manque et elles sont exposées à la violence des hommes.

La communauté internationale veut assurer l'accès égal et universel aux traitements grâce à la campagne «3x5», une campagne lancée par ONUSIDA et l'OMS dans le but de donner l'accès à un traitement anti-rétroviral à trois millions de personnes infectées jusqu'en 2005. Les autorités et les décideurs politiques doivent veiller à ce que les programmes nationaux lèvent les obstacles qui s'opposent à ce que les femmes aient accès au traitement antirétroviral et en bénéficient. En plus, ils prévoient de renforcer les campagnes contre la stigmatisation sociale, la discrimination et la violence sexo-spécifique.

Les institutions internationales mettent l'accent dans leurs discours sur l'importance de l'éducation primaire et secondaire des filles ainsi que l'alphabétisation des femmes. Les études démontrent que les femmes éduquées savent généralement mieux prévenir l'infection par le VIH, retardent leurs premiers rapports sexuels et prennent des mesures pour se protéger. Il faut aussi promouvoir l'intolérance pour toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles. La violence à l'égard des femmes est à la fois une cause et une conséquence du VIH/sida. Si la violence et la crainte de la violence sont des obstacles qui s'opposent à l'accès des femmes à la prévention, aux traitements et aux soins, le fait même qu'elles vivent exposées à la violence peut accroître leur susceptibilité au VIH.

Finalement, grâce à des services juridiques gratuits ou abordables, ils tiennent à promouvoir et à protéger les droits des femmes et des filles, particulièrement les droits de propriété et d'héritage des femmes. En protégeant les droits, on protège aussi les femmes du

VIH/sida. Plus que toute autre maladie de ces dernières décennies, le sida a mis en évidence les inégalités sociales qui accroissent la vulnérabilité des femmes et des filles à l'infection. Les femmes doivent savoir qu'elles ont des droits, qu'elles peuvent agir dans leur propre intérêt et qu'elles auront l'appui de leur communauté et de leur pays.

Un autre document d'ONUSIDA⁶⁴ ajoute que les stratégies visant à prévenir l'infection à VIH devraient inclure «la fourniture de préservatifs et d'autres méthodes mécaniques de prévention, notamment celles qui peuvent être contrôlées par les femmes, des centres de conseil et de test volontaires et autres services sanitaires liés au VIH qui soient accueillants pour les femmes et les filles, des programmes visant à améliorer les conditions socio-économiques des filles et des jeunes femmes ainsi qu'une prévention, une prise en charge et un appui adaptés aux sexes».

Selon le FNUAP⁶⁵, les principes directeurs devraient être les suivants:

1. La prévention du VIH/SIDA doit être approchée à partir d'un cadre de développement multisectoriel global renforçant le pouvoir et l'autonomie des filles et des femmes et encourageant l'égalité du genre.
2. La protection du droit à la reproduction et des droits de la femme au titre des droits de la personne devrait être encouragée tout au long de la durée de vie de l'ensemble des efforts de prévention du VIH.
3. La participation des bénéficiaires auxquels ils sont destinés est fondamentale pour la pertinence et l'efficacité des programmes

Le FNUAP souligne dans son document que son mandat ainsi que sa grande expérience en matière de population et de développement, d'autonomisation des femmes, d'égalité du genre, de la santé de la reproduction et du droit à la reproduction, offrent une base solide à partir de laquelle il peut continuer à renforcer des programmes de prévention du VIH tenant compte du genre. De manière spécifique, le FNUAP avoue qu'il devrait d'abord

⁶⁴ UNAIDS, « Accelerating action against AIDS in Africa », 2003.

⁶⁵ FNUAP, « Prevenir le VIH dès maintenant. Prise en compte des perspectives du genre dans la prévention du VIH », 2002.

assurer des programmes de santé sexuelle et reproductive sensibles au genre pour la prévention du VIH chez les jeunes personnes. L'accès à l'éducation de la sexualité sensible au genre devrait être rapidement élargi. Il faudrait en outre intégrer la prévention des infections sexuellement transmissibles, le conseil et le dépistage sensibles au genre dans les programmes existants de santé de la reproduction en vue de prévenir la transmission chez les femmes enceintes. Il devrait ensuite tenir compte des questions spécifiques au genre liées aux programmes sur les préservatifs et à l'approvisionnement en produits concernant les infections sexuellement transmissibles et le VIH. Finalement, pour l'ensemble des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, le FNUAP devrait veiller à ce que les préoccupations du genre et la dynamique du pouvoir soient pris en compte.

L'Organisation Mondiale de la Santé⁶⁶ révèle que même si les connaissances au sujet des causes déterminantes de risque liées au genre et la vulnérabilité face au VIH et aux conséquences du sida ont augmenté pendant la dernière décennie, la transformation de cette connaissance en pratique s'est avérée être un défi. Les interventions peuvent causer du mal en renforçant les stéréotypes sexuels qui perpétuent l'épidémie directement ou indirectement. Des interventions sensibles au genre qui reconnaissent que les besoins d'hommes et de femmes sont souvent différents et qui trouvent des moyens de satisfaire ces besoins différents représenteraient un pas en avant.

Un défi consiste à intégrer dans les interventions la connaissance existante sur l'impact de l'inégalité de genre sur le VIH/sida. Il y a plusieurs exemples de programmes de partout dans le monde qui ont adopté différentes approches pour intégrer les considérations de genre dans leur travail.

Il est important d'utiliser les expériences pour développer les programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida afin de les aider à intégrer la question du genre dans leurs programmes. Le besoin de telles directives est souligné par un simple fait: l'efficacité des programmes et des politiques de VIH/sida augmente considérablement quand les différences de genre sont reconnues, quand les soucis spécifiques au genre et les besoins des femmes et des hommes sont attaqués, et quand les inégalités de genre sont réduites.

66 Organisation Mondiale de la santé, «Integrating gender into hiv/aids programmes», 2003

Le discours des institutions internationales montre donc bien une volonté d'adapter leurs actions au genre. Elles ont bien reconnu que les femmes ont d'autres besoins que les hommes, et que pour réussir dans la lutte contre le sida, il faut avant tout s'attaquer à la féminisation de la maladie.

Elles ont aussi reconnu qu'il faut donner davantage de pouvoir aux femmes. La nécessité de l'empowerment des femmes semble bien claire dans leur discours. L'accès à l'éducation pour les femmes est devenu un de leurs buts principaux.

Mais l'approche qui est la plus importante à long terme, c'est l'approche transformative, qui a comme but la transformation des rôles que la société a attribué aux hommes et aux femmes depuis des siècles. Cette transformation n'est pas seulement nécessaire pour lutter contre l'épidémie du sida, mais pour le développement en général. Les rapports sociaux de sexe influencent énormément l'accès des femmes et des hommes aux ressources-clés telles que l'information, l'éducation, l'emploi, les revenus, la terre, la propriété et le crédit. Les femmes, souvent réduites au rôle de reproductrice, ont rarement accès à ces ressources-clés. L'empowerment des femmes est essentielle pour réussir à transformer les rôles attribués au genre. Le changement des rapports sociaux doit donc avoir une place principale dans les programmes de lutte contre le sida.

Les institutions internationales aspirent à l'égalité entre les sexes, en voulant assurer aux femmes, comme aux hommes, l'accès à l'éducation, à l'emploi, à la propriété, ainsi qu'au traitement médical. Mais le droit pour les femmes à l'éducation ne doit pas nécessairement changer quelque chose. Ce sont les normes sexospécifiques qui doivent changer afin de réussir le partage du pouvoir, du contrôle des ressources et de la prise de décision.

L'approche « à plusieurs facettes » de laquelle nous parle Geeta Rao Gupta, devrait être une réunion de l'approche adaptée au genre, de l'approche « empowerment » et de l'approche transformative. Bien que les institutions internationales ont intégré les deux premières approches dans leur discours, la dernière semble être un plus grand défi.

Nous avons donc vu que les institutions internationales ont intégré le genre dans leurs discours. Mais cette intégration dépasse-t-elle le stade du discours? Nous allons par la

suite essayer de voir si les organisations internationales sont passées à l'action et si, après des années de discours sur l'importance de l'intégration du genre, il s'est effectivement réalisé un changement. Nous allons analyser si les politiques visant la réduction des inégalités sociales de sexe ont évolué et si l'intégration du genre dans les programmes de lutte contre le sida a été mise en pratique.

2.3. Les intentions et les actions

Sachant que les institutions internationales prennent en compte la question du genre dans leur discours, qu'elles connaissent le problème et savent quoi faire pour changer la situation, on pourrait croire que des changements sont évidents. Mais les dernières estimations sur les femmes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne nous montrent le contraire. Le Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2006, publié par ONUSIDA en mai 2006, nous indique que le nombre de femmes vivant avec le virus d'immunodéficience humaine en Afrique subsaharienne est passé de 12,6 millions en 2003 à 13,2 millions en 2005⁶⁷. Le taux de prévalence chez les jeunes femmes entre 15 et 24 ans est de 4,3% alors que dans la même classe d'âge, les hommes ont un taux de prévalence de 1,5%.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, le discours politique qui domine aujourd'hui reflète une grande reconnaissance du rôle du genre comme facteur de l'épidémie du sida. Or, ce progrès du discours en matière de genre et de sexualité s'accompagne rarement d'un progrès dans les actes. Ce fossé entre les paroles et la démarche existe, parce qu'« il est devenu plus facile d'expliquer le quoi et le pourquoi, en ce qui concerne le genre, la sexualité et le VIH/sida, mais qu'on est bien moins informé des comment - comment s'attaquer à ces problématiques de manière à avoir un impact sur l'épidémie de VIH/sida »⁶⁸.

67 ONUSIDA, «Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2006», mai 2006

68 GUPTA, Geeta Rao, « Gender, sexuality, and HIV/AIDS: the what, the why, and the how », 2000, p.4.

Depuis 1987, le nombre d'infections chez les femmes de l'Afrique subsaharienne a commencé à augmenter de façon disproportionnée par rapport au nombre d'infections chez les hommes. Or, dans les documents des institutions internationales qui datent du début des années 2000, on peut constater qu'ils sont toujours en train de chercher « comment » on peut réagir au fait que les femmes semblent de plus en plus affectées par l'infection au VIH. Ce qui est tragique, c'est le fait qu'on sait depuis au moins une décennie que les inégalités basées sur le genre placeraient les femmes et les filles à un risque élevé et que leur vulnérabilité accélérerait la transmission du virus. En 1994, l'« International Center for Research on Women » (ICRW) et quelques autres chercheurs ont fait des recherches qui ont prédit la tendance à la féminisation de la pandémie. Des études faites entre 1990 et 1994 dans quinze pays du monde entier ont prédit que de plus en plus de femmes et de filles seront infectées et vont mourir à moins que les politiques et les programmes d'interventions pour la prévention et le soin de VIH/sida attaquent les inégalités sociales et économiques qui se trouvent à la base de la vulnérabilité des femmes. Cette prévision a malheureusement été confirmée par des études et des statistiques actuelles, et par la souffrance personnelle de plusieurs millions de femmes dans le monde. Dans un document publié par le « International Center for Research on Women » en 1993, on peut lire des recommandations qui dépassent le domaine de la santé publique et qui ont le but de changer les rapports sociaux entre les sexes⁶⁹

Dans les documents des institutions internationales on peut lire les mêmes recommandations, une décennie plus tard. L'accès aux ressources telles que l'éducation, la santé ou la propriété sont essentielles pour réduire la vulnérabilité des femmes face à l'infection du VIH/sida.

69 « Women and aids: developing a new health strategy », ICRW, 1993.

- Improve women's economic status through such measures as enhanced access to credit, skills training, employment and – most important- access to primary and secondary education.
- Direct resources to strengthen existing community-based women's organizations to improve and expand the provision of services.
- Design programs through participatory research that mobilize communities to question the norms that shape the unequal power balance in relationships.
- To ensure interventions relevant to the community, solicit collaboration of local program practitioners in participatory research. »

Nous avons dit plus haut, que les institutions internationales accordent beaucoup d'importance à l'accès des femmes à l'éducation dans leurs discours. Dans le tableau ci-dessous, nous allons montrer l'évolution dans le domaine de l'éducation primaire et secondaire en Afrique subsaharienne entre les années 2002 et 2004.

Tableau 2.1.

L'évolution dans le domaine de l'éducation primaire et secondaire en Afrique subsaharienne entre les années 2002 et 2004

	2002	2004
Population en âge d'aller à l'école primaire (total)	107 474 097	111 550 743
Population en âge d'aller à l'école primaire (filles)	53 256 597	55 255 092
Inscriptions au primaire (total)	93 471 955	101 423 562
Taux d'inscription au primaire (total)	86,97% ^a	90,92%
Inscriptions au primaire (filles)	43 045 043	47 206 340
Taux d'inscription de filles par rapport aux garçons au primaire	46,00%^b	46,54%
Taux des filles allant à l'école primaire	80,82%^c	85,43%

- a Pour calculer le taux d'inscription au primaire (total), nous avons divisé le nombre d'inscriptions au primaire (total) par la population en âge d'aller à l'école primaire (total).
- b Pour calculer le taux d'inscription des filles par rapport aux garçons au primaire, nous avons divisé le nombre d'inscriptions au primaire (filles) par le nombre d'inscriptions au primaire (total).
- c Pour calculer le taux des filles allant à l'école primaire, nous avons divisé le nombre d'inscriptions au primaire (filles) par la population en âge d'aller à l'école primaire (filles).

	2002	2004
Population en âge d'aller à l'école secondaire (total)	97 315 711	102 260 890
Population en âge d'aller à l'école secondaire (filles)	48 311 729	50 742 626
Inscriptions au secondaire (total)	27 367 294	30 470 009
Taux d'inscription au secondaire (total)	28,12%	29,79%
Inscriptions au secondaire (filles)	12 039 663	13 237 055
Taux d'inscription de filles par rapport aux garçons au secondaire	44,00%	43,44%
Taux des filles allant à l'école secondaire	24,92%	26,00%

Source: Données trouvées sur le site internet de l'UNESCO.
<http://stats.uis.unesco.org/TableView/dimView.aspx?ReportId=242>

Nous pouvons constater dans ce tableau, qu'il y a moins de filles qui sont inscrites dans les écoles primaires et secondaires de l'Afrique subsaharienne que de garçons. Entre les deux années, le taux d'inscription des filles au primaire n'a pas beaucoup varié en passant de 46% à 46,54%. Par contre le taux des filles inscrites à l'école primaire est passé de 80,82% à 85,43%.

A l'école secondaire par contre, le taux d'inscription total a augmenté, alors que le taux d'inscription des filles a diminué. Le nombre de garçons inscrits à l'école secondaire a plus augmenté entre 2002 et 2004 que le nombre de filles inscrites à l'école secondaire. Par contre le nombre de filles qui vont à l'école secondaire en 2004 est plus élevé que le nombre de filles qui sont allées à l'école secondaire deux années plus tôt.

Donc si le nombre de filles inscrites à l'école primaire et secondaire a augmenté entre

2002 et 2004, l'accès des filles par rapport à celui des hommes à l'éducation n'a presque pas varié pour l'école primaire, et a même diminué pour l'école secondaire.

Les institutions internationales sont conscientes que le problème du sida, et plus particulièrement de la féminisation du sida dépasse le domaine de la santé publique. Or, même si leur discours a évolué, elles continuent d'appliquer des stratégies de santé publique concentrées sur le changement du comportement individuel pour lutter contre la vulnérabilité des femmes face au sida.

En 2005 a été élaboré un document d'orientation politique qui vise à intensifier la prévention du VIH. En Juin 2005, le Conseil de coordination d'ONUSIDA qui est composé d'États membres, des organismes coparrainants de l'ONU et de la société civile, a adopté ce document afin de parvenir à l'accès universel à la prévention, au traitement et à la prise en charge du VIH. Même si les actions politiques comprennent le respect des droits humains, l'encouragement de l'égalité entre les sexes ainsi que l'examen des normes sexospécifiques et des rapports entre les sexes, la question des rapports sociaux et de la vulnérabilité des femmes ne figure pas dans les programmes d'actions⁷⁰.

Évidemment, la prévention est nécessaire, mais elle n'est pas suffisante. Comme l'a très bien formulé Geeta Rao Gupta:

«Yes, testing, condoms, vaccines, antiretrovirals, admonitions to change sexual behavior, are all necessary but each —either

⁷⁰ Programmes d'actions essentiels à la prévention du VIH

1. Prévenir la transmission du VIH par la voie sexuelle.
2. Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
3. Prévenir la transmission du VIH par la consommation de drogues injectables, y compris les mesures de réduction des risques.
4. Assurer la sécurité de l'approvisionnement en sang.
5. Prévenir la transmission dans les lieux de soins.
6. Promouvoir un meilleur accès au conseil et au test VIH volontaires, tout en favorisant les principes de la confidentialité et du consentement.
7. Intégrer la prévention du VIH dans les services de traitement du SIDA.
8. Privilégier la prévention du VIH parmi les jeunes.
9. Offrir l'information et l'éducation liées au VIH permettant aux individus de se préserver de l'infection.
10. Confronter et combattre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH.
11. Préparer l'accès et l'utilisation des vaccins et microbicides.

Source: UNAIDS, WHO, « Le point sur l'épidémie de sida », UNAIDS, WHO, décembre 2005.

alone or taken together-- are not sufficient to contain this epidemic. Why? Because, for as long as the central organizing principle of societies is inequality between the sexes – an inequality that gives women less access than men to productive resources; an inequality that restricts women's access to reproductive health options and information; an inequality that curtails women's mobility, autonomy, and fundamental freedoms; an inequality that subjects women and girls to mindless and extreme forms of violence, not just in times of war but also in times of peace, not just on the street but also within the home – for as long as such inequality persists, all of society shall bear the cost, whether in the form of AIDS, extreme poverty, or some other unnamed and as yet undiscovered devastation ».⁷¹

La stratégie de prévention, pour être efficace, doit prendre en compte les rapports sociaux dans la société visée. En matière de prévention, les institutions internationales cherchent souvent des alternatives pragmatiques, comme par exemple la promotion du préservatif féminin, qui est sous le contrôle des femmes. De telles alternatives ne valent pas beaucoup si les femmes sont victimes de violences sexuelles. Une femme qui a la possibilité d'utiliser un préservatif féminin n'a pas nécessairement le pouvoir de l'imposer, ni l'argent pour l'acheter.

En plus, cette stratégie lance le message que nous acceptons la nature des rapports sociaux actuels. Elle renforce la conviction que les hommes cherchent des partenaires sexuels multiples et que les femmes n'ont pas le pouvoir de changer quelque chose en matière d'interactions sexuelles. Les recommandations des institutions internationales de donner plus de pouvoir économique aux femmes ou d'améliorer leur accès à l'éducation sont toujours considérées comme des mesures à long terme qui dépassent le domaine de la prévention au VIH/sida.

Donc, en fait, le discours des institutions internationales inclut le contexte élargi de la vulnérabilité des femmes à l'infection du VIH/sida, mais leur réponse pratique ne semble

71 GUPTA, Geeta Rao, « Luncheon remarks on women and AIDS », 2005, p.1.

pas le prendre en compte. Il est évident que ces stratégies de promotion du préservatif féminin ou les efforts faits en matière de recherche sur les microbicides sont importantes et aussi nécessaires, mais des actions parallèles pour attaquer la racine du problème, les inégalités entre les sexes, sont indispensables.

CHAPITRE III

LES RÉPONSES NATIONALES À L'ÉPIDÉMIE DU SIDA EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE ET LEUR PRISE EN COMPTE DU GENRE

Les gouvernements africains jouent un rôle crucial dans la lutte contre le sida dans leurs pays. Contrairement aux institutions internationales, ils élaborent leurs politiques par rapport à la situation concrète de leur pays. Les pays de l'Afrique subsaharienne sont particulièrement touchés par la féminisation de l'épidémie du sida. Nous allons analyser dans ce chapitre la prise en compte du genre dans leurs politiques nationales à l'aide d'une illustration de six pays africains.

Aujourd'hui, presque chaque pays africain dispose d'un Plan National de Lutte contre le sida, parce que les gouvernements savent que cette maladie ne tue pas seulement leur population, mais qu'elle a aussi des conséquences néfastes sur le développement économique de leur pays.

La situation est particulièrement alarmante au Botswana (24,1% des adultes infectés fin 2005), au Zimbabwe (20,1% des adultes infectés fin 2005), et en Afrique du Sud (18,8%

des adultes infectés fin 2005). En République démocratique du Congo, où le taux de prévalence était de 3,2% chez les adultes en 2005, ce sont les femmes qui représentent presque 60% des infections⁷².

Mais il existe deux autres pays africains intéressants pour ce travail. Il est connu que le Sénégal est l'un des pays de l'Afrique qui a réussi à garder le taux d'infection du VIH/sida à la fois faible et stable. Le taux de prévalence chez les adultes est de 0,9% en 2005, ce qui est extrêmement bas en comparaison avec d'autres pays africains. Le Sénégal a répondu avec une bonne politique nationale dès le premier cas de la maladie recensé.

Un autre État intéressant est l'Ouganda, qui a réussi, à l'aide de la prévention, de baisser de manière considérable son taux d'infection (de 15% en 1991 à 6,7% en 2005⁷³).

Dans ce chapitre, nous allons passer en revue les ripostes nationales à la pandémie du sida de ces six pays. (Voir annexe 1: Tableau comparatif thématique: Les réponses nationales au sida). L'étendue de la maladie du sida nécessite une réponse forte au niveau international, mais surtout au niveau national. Le sida devrait être une priorité nationale, et ce surtout dans les pays de l'Afrique subsaharienne, où la pandémie tue la population la plus productive. Après une présentation des politiques nationales de lutte contre le sida, nous allons voir si ces six pays en question ont pris en considération le problème de la féminisation du sida.

Nous avons vu dans le deuxième chapitre que les États membres des Nations Unies se sont engagés lors de la Conférence mondiale sur les femmes, qui s'est tenu en 1995 à Beijing, à respecter les droits humains des femmes ainsi que de garantir l'égalité entre les hommes et les femmes. La dernière partie de ce chapitre se veut une mise au point de la mise en oeuvre des pays africains de ce Programme de Beijing.

72 UNAIDS, «Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2006», 2006.

73 UNAIDS, «Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2006», 2006.

3.1. Les politiques nationales de lutte contre le sida

Une riposte internationale ne vaut rien si elle n'est pas accompagnée de fortes politiques nationales. Les actions nationales, pour être efficaces, doivent être conçues afin de répondre aux besoins précis du pays en question. Elles doivent s'attaquer aux situations qui rendent les gens vulnérables au VIH et à son impact. Pour être le plus efficace possible, les actions nationales doivent utiliser les points forts de la population et des institutions du pays. Pour ralentir la propagation du sida dans un pays précis, il est nécessaire de comprendre l'ampleur du problème de la maladie dans ce pays. Un des buts principaux d'ONUSIDA est d'accroître l'appui aux pays dans l'exécution de leurs réponses nationales au sida. Des recherches épidémiologiques et démographiques des Nations Unies ont servi à élaborer des politiques nationales de sida afin de répondre à la situation particulière de chaque pays.

En signant la Déclaration d'engagement des Nations Unies sur le VIH/sida en 2001, tous les États membres des Nations Unies se sont engagés à donner une forte impulsion à tous les niveaux de la société, à savoir, le gouvernement, la société civile, les milieux d'affaires et le secteur privé. Ils se sont engagés à mettre en oeuvre des stratégies multisectorielles et à financer les plans de lutte contre le sida qui s'attaquent directement à l'épidémie. Ils se sont engagés à approfondir leur action dans le domaine de la prévention, des soins, de l'appui et du traitement, le respect des droits de la personne, la protection des personnes vulnérables, la réduction de l'impact social et économique et la poursuite des activités de recherche et de développement. La Déclaration met aussi l'accent sur l'importance du suivi des progrès réalisés. En adoptant la Déclaration d'engagement, les États membres se sont engagés à accepter l'Unité Suivi et Évaluation de l'ONUSIDA, à recueillir des données afin de garantir un suivi des progrès réalisés dans la lutte contre le sida⁷⁴. Les pays signataires se sont engagés à élaborer un plan stratégique pour lutter contre le sida. Un plan stratégique « ne définit non seulement le cadre stratégique de la réponse nationale, c'est-à-dire ses principes fondamentaux, ses grandes orientations stratégiques, et son cadre institutionnel, mais également les étapes intermédiaires à franchir pour changer la situation

⁷⁴ Nations Unies, «Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA», 2001.

actuelle en une situation finale à atteindre »⁷⁵. Il « prend en compte les déterminants d'un problème particulier, qui varient selon les gens concernés (par exemple, leur classe sociale, leur religion, la culture, les caractéristiques de sexe, etc.) et en fonction de situations qui peuvent changer rapidement »⁷⁶.

Selon le Rapport sur l'épidémie du sida de 2004 rédigé par ONUSIDA⁷⁷, les pays à faible et à moyen revenu doivent faire face à quatre problèmes fondamentaux dans la lutte contre le sida. Pour élaborer une bonne riposte au sida, il faut que ces pays aient:

1. un leadership fort et l'engagement concret de tous les secteurs des pouvoirs publics et de la société
2. la cohérence et l'efficacité dans la manière dont ils engagent, utilisent et gèrent les ressources nationales et extérieures
3. un renforcement des capacités nationales à absorber des ressources et à mettre en place des actions efficaces contre le sida
4. la production et l'utilisation de l'information stratégique nécessaire pour guider les politiques et les décisions programmatiques

Pendant des années, un manque de volonté au niveau politique de lutter ou même de parler de l'épidémie du sida a été un énorme obstacle à la lutte contre le sida.

Or, l'ampleur de l'épidémie en Afrique subsaharienne a réveillé de nombreux chefs d'État. Il est devenu impossible d'ignorer le fait que cette maladie tue la population et représente un obstacle majeur au développement.

Dans une publication d'ONUSIDA datant de septembre 2003, on déclare que « le sida figure enfin en tête des priorités africaines. De plus en plus de leaders politiques du continent, la société civile et les groupes de personnes vivant avec le VIH tirent la sonnette d'alarme contre le sida, prennent eux-mêmes des mesures concrètes et demandent davantage d'action de la part des autres. L'Afrique est en train de relever le défi. »⁷⁸

75 UNAIDS, « Guide pour le processus de planification stratégique de la réponse nationale contre le VIH/sida », 1998.

76 UNAIDS, « Guide pour le processus de planification stratégique de la réponse nationale contre le VIH/sida », 1998.

77 UNAIDS, « Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2004 », 2004.

78 ONUSIDA, Accélérer l'action contre le sida en Afrique, septembre 2003.

Il y a deux pays africains qui sont souvent considérés comme étant les pays modèles en matière de lutte contre le VIH/sida. Il s'agit du Sénégal et de l'Ouganda. Nous allons par la suite regarder de plus proche la situation dans ces deux pays ainsi que le chemin qu'ils ont choisi pour lutter contre la pandémie.

3.1.1. Les ripostes nationales au sida des deux « pays modèles »

3.1.1.1. Le Sénégal

Au Sénégal, les premiers cas d'infection à VIH ont été découverts en 1986. Une étude a montré que la séroprévalence du VIH n'a que faiblement varié de la fin des années 80 à la fin des années 90, et ceci dans tous les groupes cibles analysés (prostituées, femmes enceintes et patients de maladies sexuellement transmissibles).

Une raison très importante pour ce succès est que le Sénégal a compris très tôt l'importance du secteur de santé dans l'activité économique. Ils ont élaboré un plan de développement sanitaire et social pour la période 1998-2007. Le programme de développement intégré de la santé, qui couvre une période de cinq ans, est la traduction concrète des priorités en matière de santé définies dans le plan de développement sanitaire et social. Le programme accorde une large place à la surveillance épidémiologique, à la santé de la reproduction, aux infections sexuellement transmissibles et au sida, ainsi qu'au contrôle des maladies endémiques.

A côté d'un système de santé bien organisé⁷⁹, un atout pour le Sénégal est l'existence

⁷⁹ Le système de santé du Sénégal se présente sous forme d'une pyramide à trois niveaux: on a d'abord le *district sanitaire* qui est assimilé à une zone opérationnelle comprenant au moins un centre de santé et un réseau de postes de santé. Le Sénégal compte 50 districts sanitaires. La *région médicale* est la structure intermédiaire entre le district et le niveau central. Chaque région médicale correspond à une région administrative. Elle est dirigée par un médecin de santé publique, le principal animateur de l'équipe cadre. Le *niveau central* comprend le cabinet du ministre, les

depuis 1978 d'un Bureau National de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) au sein de la direction de l'hygiène et de la protection sanitaire du Ministère de la santé publique. Les programmes et les interventions sur les IST sont aujourd'hui coordonnés dans le cadre du groupe IST du comité national de lutte contre le sida. En plus, la légalisation de la prostitution en 1969, a permis d'avoir un contrôle des prostituées qui disposent d'un carnet sanitaire. Cette surveillance des IST joue un rôle important dans la lutte contre le sida.

Un autre atout est que la transmission sanguine du virus est rare, à cause du dépistage systématique dans toutes les banques de sang au Sénégal depuis 1986. Le Centre national de transfusion sanguine assure la supervision ainsi que le contrôle de qualité de toutes les banques de sang périphériques et régionales.

Le Sénégal considère depuis longtemps la prévention et les soins de santé primaires comme le moyen le plus logique d'utiliser ses ressources. La santé reproductive et la santé infantile sont des priorités bien établies. En plus, un quart au moins des ONG investissent dans le domaine de la santé. Au cours des années 80 et au début des années 90 quand la crise économique a entraîné l'effondrement de nombreuses infrastructures sanitaires gérées par le gouvernement, ces investissements étaient particulièrement importants.

Nous pouvons dire que le Sénégal bénéficie de certains avantages pour sa politique sanitaire, dues en premier lieu à la prise en compte de la place centrale que doit occuper la santé dans le processus de développement. En 2000, le Sénégal a été classé quatrième en Afrique par l'Organisation Mondiale de la Santé sur le plan des performances du système de santé⁸⁰.

Le Sénégal a donc réagi au sida depuis le recensement des premiers cas en 1986. Les activités de VIH/sida ont été coordonnées par le Conseil national de lutte contre le sida et mises en application par le programme national de lutte contre le sida.

Le programme national de lutte contre le sida devrait permettre de relever les deux défis fondamentaux du sida visés par le gouvernement du Sénégal dans le cadre de la prévention et de la prise en charge. En termes de prévention, il s'agit d'accumuler les acquis en maintenant en dessous de 3% la prévalence du VIH dans la population générale jusqu'en

directions et les services rattachés.

80 Ministère de la Santé du Sénégal, <http://www.sante.gouv.sn/>

2006. En termes de prise en charge, il s'agit d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH et celles de leur entourage en rendant accessible les traitements antirétroviraux et les médicaments contre les infections sexuellement transmissibles. Il s'agit de créer un environnement socialement et économiquement favorable pour les personnes vivant avec le VIH, leur famille et les orphelins du sida. Dès le début, le Sénégal a donc visé la prévention mais aussi le traitement avec ses politiques.

Les politiciens sénégalais ont dès le début fait des efforts pour faire face à l'épidémie. Entre 1992 et 1996, le gouvernement du Sénégal a investi près de 20 millions de dollars américains dans des programmes de prévention du sida. Les pouvoirs publics ont organisé une campagne d'éducation et de sensibilisation et des messages ont été diffusés dans les médias afin de réduire les comportements sexuels à risque et de promouvoir l'usage des préservatifs. Avec l'appui de donateurs et d'ONG, le Sénégal a établi des services adéquats en matière de Sida. Les chefs religieux du Sénégal ont aussi participé à la lutte contre le Sida. Cette participation des chefs religieux est essentielle dans la lutte contre le sida au Sénégal, dont la population est musulmane à 94%⁸¹.

Le Comité national de lutte contre le sida a des comités régionaux et départementaux. Il assure les tâches de conception, de coordination et de suivi. Il est pluridisciplinaire et multisectoriel et comprend des représentants de tous les ministères concernés, les ONG et les personnes vivant avec le VIH.

Les partenaires au développement appuyant la lutte contre le sida au Sénégal ont mis en place la Commission mixte de suivi et de coordination en 1986. Présidée par le PNUD, cette commission est élargie au Ministère de l'économie, des finances et de la santé. La coordination des interventions des agences des Nations Unies est depuis 1996 réalisée par un groupe thématique ONUSIDA.

La mise en oeuvre dès le début de l'épidémie d'une approche IEC (Information-Education-Communication) en direction du grand public pour l'acquisition de connaissances théoriques et pratiques sur la prévention du sida s'est vite avérée comme insuffisante. Afin de toucher tous les groupes sociaux et particulièrement ceux à risque, on a mis en oeuvre

81 République du Sénégal, Conseil national de lutte contre le sida, « Plan stratégique de lutte contre le sida (2002-2006) », p.8.

l'approche participative de prévention, l'approche de communication pour un changement de comportement et de l'intervention pour un changement de comportement. Ces nouvelles options permettent une approche globale et multisectorielle touchant toutes les sensibilités.

La lutte contre le sida au Sénégal n'aurait sans doute jamais été aussi efficace, s'il ne s'agissait pas d'un vrai partenariat entre un grand nombre d'acteurs engagés. Cette lutte est déterminée par plusieurs types de leadership, notamment, le leadership du chef de l'État et du gouvernement qui font de la lutte contre le sida une priorité de la santé publique et de développement, le leadership des experts qui facilite le financement de la recherche et de la formation sur le sida, le leadership religieux, qui a joué un rôle clé dans la sensibilisation de la population sur l'adoption de comportements responsables, le leadership des femmes, fortement impliqué dans la sensibilisation des femmes et des hommes et le leadership des ONG et des personnes vivant avec le sida. Le partenariat était l'un des piliers du comité dès le début de la réponse à l'épidémie, que ce soit au niveau national avec les ONG, ou au niveau international, avec les partenaires de développement.

Le plan national de lutte contre le sida élaboré et adopté par le gouvernement et tous les acteurs, se veut un cadre stratégique multisectoriel impliquant tous les ministères et la société civile. Les différents axes du plan mettent l'accent sur le développement du partenariat avec tous les acteurs sur le terrain pour un renforcement de la réponse locale. Pour ce faire, un cadre institutionnel clair et opérationnel s'impose.

Ce cadre est composé⁸² :

2. du Conseil National de lutte contre le sida, qui est chargé d'assister le gouvernement dans la définition et l'orientation de la politique de lutte contre le sida et dans la recherche des voies et moyens de sa mise en oeuvre.
3. du secrétariat exécutif national, qui veille à l'exécution des différents plans d'action, à leur cadrage dans le plan stratégique et à la coordination des différentes interventions.
4. des comités régionaux de lutte contre le sida, qui coordonnent la réponse au niveau régional.

82 République du Sénégal, Conseil national de lutte contre le sida, « Plan stratégique de lutte contre le sida (2002-2006) »

5. des comités départementaux de lutte contre le sida, qui coordonnent la réponse locale et facilitent les interventions des groupes communautaires et des secteurs ciblant les groupes vulnérables.
6. et de l'agence fiduciaire ainsi que d'autres structures chargées de gestion comptable et financière, qui ont comme rôle principal de synthétiser les budgets, les programmes de toutes les entités et quelque soit la source de financement, de gérer plus efficacement et de rendre plus flexibles et plus accessibles les financements en particulier aux districts et aux ONG, groupements, associations et aux collectivités locales.

Le Sénégal bénéficie donc d'une vraie politique de lutte contre le sida qui a réussi, selon James Putzel⁸³, d'avoir le virus dès le début sous contrôle, grâce à une combinaison de facteurs sociaux, politiques et historiques. Le Sénégal a connu une certaine stabilité politique depuis son indépendance en 1960, ce qui a limité le déplacement de la population, a permis la maintenance d'institutions locales et traditionnelles et a limité les conflits violents à un minimum. Selon Putzel, l'État sénégalais a fait deux pas importants:

1. la légalisation de la prostitution et le programme national de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles
2. le gouvernement colonial a établi la première banque de sang en 1943, et en 1970, l'État a lancé une politique de transfusion de sang.

Or, le Sénégal a eu dès le départ certains avantages par rapport à d'autres pays africains, mais sans un engagement de nombreux acteurs, la réponse à la maladie du sida n'aurait jamais pu être aussi fructueuse.

3.1.1.2.L'Ouganda

Le deuxième pays est l'Ouganda. Mais la situation est différente de celle au Sénégal. L'Ouganda est l'un des premiers pays où l'infection du VIH/sida a été détectée et un des pays les plus sévèrement touchés.

Le premier cas de sida en Ouganda a été découvert en 1982 dans le district de Rakai.

83 PUTZEL, James, « Institutionalising an emergency response : HIV/AIDS and governance in Uganda and Senegal. », 2003.

Quelques années plus tard, la majorité des régions ont été affectées. Comme dans la majorité des pays africains, la population la plus productive a été affectée le plus, ce qui a des conséquences sur le développement national. La transmission se fait dans 75 à 80% des cas par les relations sexuelles entre les hommes et les femmes. Le reste des infections se transmet en grande majorité de la mère à l'enfant.⁸⁴

Dans les années 80, le sida s'est répandu très vite en Ouganda, et la réponse gouvernementale et publique a été lente. C'est avec l'élection de Yoweri Museveni en 1986, que les choses ont changé. Il a reconnu le sida comme un problème et a commencé à agir en créant un Comité National de prévention du sida et en établissant le Projet National de Contrôle du sida. À partir de cette année le gouvernement a été très ouvert par rapport au problème du sida. Sans tarder, les pouvoirs publics ont organisé une campagne de sensibilisation d'une rare ampleur. Ils ont informé le peuple ougandais des moyens de transmission de la maladie en plaçant des affiches un peu partout et en diffusant des messages comme « Partez du principe que tout le monde est porteur du virus »⁸⁵ à la radio.

Mais pendant des années, on a considéré le problème presque exclusivement comme un problème de santé. Les autres organisations dans le secteur public et privé ont eu une réponse inadéquate, voire absente à la lutte contre le sida. C'est pour cette raison que le gouvernement a adopté en 1990 une approche alternative pour le contrôle du sida: L'approche multi-sectorielle nationale qui a été accompagnée par la création de la «Uganda AIDS commission» et son secrétariat en 1992.

Cette approche multisectorielle cherche à définir un processus de changement requis pour régler le problème du sida en Ouganda. Le but est de ne plus restreindre la lutte contre le sida au domaine de la santé⁸⁶.

84 Le groupe Banque Mondiale, «La lutte contre le VIH/SIDA en Ouganda», 2006.

85 Mwaura, Peter, «Innover dans la lutte contre le sida», 1999.

86 L'approche multisectorielle nationale contient des stratégies pour atteindre cinq buts différents:

- a) Arrêter la diffusion de l'infection du VIH
- b) Alléger l'impact socio-économique et de santé de l'épidémie du sida
- c) Renforcer la capacité nationale pour répondre à l'épidémie

On a mis en place des systèmes de surveillance dont le principal repose sur le dépistage du VIH dans les échantillons de sang prélevés lors des consultations prénatales ou bien les consultations de service de maladies sexuellement transmissibles. Entre 1989 et 1995 on a constaté une baisse de la prévalence qui est très probablement due à l'évolution des comportements sexuels⁸⁷. L'expérience ougandaise a montré que la baisse de la prévalence est trop importante pour résulter tout simplement de l'évolution naturelle de l'épidémie et découle donc probablement d'un changement de comportements.

Le gouvernement ougandais a élaboré en 1997 une réponse planifiée au sida qui se base sur l'approche multisectorielle nationale et en est une suite. Il s'agit du cadre stratégique national pour les activités de lutte contre le sida en Ouganda pour la période de 2000 à 2005.

Comme le Sénégal, l'Ouganda a opté aussi pour une politique de décentralisation en 1997. Cette décentralisation du système de santé encourage les gouvernements locaux d'implanter entre autres le cadre stratégique national pour les activités de lutte contre le sida et à développer des interventions spécifiques au contexte local. Malheureusement, la majorité des districts n'ont pas développé des plans adéquats.

On a créé des «AIDS control programs» dans les douze ministères-clés. La politique de santé nationale est basée sur le principe que la santé et la croissance doivent se renforcer mutuellement pour que le développement soit durable.

L'Ouganda a réussi à baisser de manière considérable son taux de prévalence au cours des années 90. Les systèmes de surveillance épidémiologique en Ouganda montrent que la prévalence du VIH a chuté de 21,1% en 1991 à 6,4% en 2001. Les explications les plus courantes de cette diminution sont que la population a changé son comportement avec pour effet que plus de gens sont restés fidèles à leurs partenaires, ou se sont abstenus de rapports sexuels, et ont utilisé des préservatifs pendant les rapports sexuels⁸⁸. Bien que le taux de prévalence montre que l'approche choisie par l'Ouganda semble être la bonne, le pays

d) Etablir une base d'information nationale sur le VIH/sida

e) Renforcer la capacité nationale pour la recherche

⁸⁷ Des études ont révélé

1. un âge plus tardif lors du premier rapport sexuel
2. moins de rapports sexuels avec des partenaires non réguliers
3. utilisation accrue du préservatif

⁸⁸ Low-Beer, D. et R. Stoneburner. « Behavior and Communication Change in Reducing VIH: Is Uganda Unique? », 2003.

n'a pas l'intention de s'arrêter là. Les comités nationaux de lutte contre le VIH/sida continuent d'avoir la responsabilité d'offrir à leur population les meilleurs programmes possibles de prévention, de soins, de soutien, et de traitement.

Au milieu des années 60, l'Ouganda disposait de l'un des systèmes de santé les plus efficaces en Afrique. Malheureusement, la guerre et l'instabilité économique l'ont affaibli. En 1997 a été adoptée une politique de décentralisation, qui a rendu les districts libres de planifier, de mettre en œuvre et de surveiller les prestations de santé. Mais l'élaboration de politiques et l'établissement de normes et de directives restent centralisés. En août 2000, le gouvernement ougandais a lancé un Plan stratégique pour le secteur de la santé, qui comporte cinq éléments principaux⁸⁹:

- mettre en œuvre l'ensemble national de soins minimaux de santé
- renforcer l'infrastructure sanitaire
- rendre opérationnel un cadre juridique et réglementaire renforcé
- mettre en place un système d'appui intégré
- renforcer le système de gestion

En 2001, le pays compte 1 156 unités de santé publique, dont la majorité ne dispose pas d'un équipement adéquat. En plus, il n'y a que 57% des travailleurs de santé qui sont qualifiés. À travers le plan stratégique pour le secteur de la santé, les districts ont reçus des fonds pour le recrutement de personnel qualifié.

Dans la communauté globale de lutte contre le sida, la raison pour le déclin de la prévalence du VIH en Ouganda est reliée à différents facteurs, tels que l'engagement énorme à la prévention et à la connaissance du VIH et du sida, la mobilisation de la communauté, les changements de comportements sexuels, la réponse multisectorielle, la distribution de préservatifs, l'implication des populations marginalisées, des interventions ciblées et sans oublier le soin, le support et la reconnaissance des droits des personnes vivant avec le VIH/sida. Mais, l'Ouganda est un des pays les plus pauvres du monde, et même si la volonté

89 République de l'Ouganda, Ministère de la Santé, « Health sector strategic plan 2000/01-2004/05 », 2000.

politique est forte, le pays dispose de ressources limitées à dépenser pour la prévention et la lutte contre la pandémie. Ainsi, les programmes de lutte contre le sida restent dépendants des donateurs externes.

L'Ouganda est l'un des pays qui a démontré qu'une stratégie précoce et multisectorielle pouvait réduire de manière considérable le taux de prévalence du VIH/sida. Établi en 1987 par le Ministère de la santé, le programme de lutte contre le sida a été peu à peu élargi aux autres secteurs sous une bonne coordination de la Commission du sida de l'Ouganda. Après une dizaine d'années de lutte contre la maladie sur tous les fronts, l'Ouganda a été le premier pays africain en 1996 qui a rapporté une tendance à la baisse du taux de prévalence. Ces résultats ont donné de l'espoir qu'une riposte nationale multisectorielle qui est soutenue par un fort engagement politique peut conduire à un renversement de la propagation du VIH/sida.

Le Sénégal et l'Ouganda sont considérés comme les deux pays africains ayant trouvé le bon chemin de lutter contre le sida, et selon l'Organisation Mondiale de la Santé, « d'autres pays d'Afrique subsaharienne peuvent atteindre des résultats similaires par ces mêmes moyens. Comme la réussite est possible, tout résultat qui ne serait qu'insuffisant est inacceptable »⁹⁰.

Nous allons par la suite passer en revue les politiques nationales de lutte contre le sida de quatre pays africains qui sont sévèrement touchés par la pandémie du VIH/sida et qui ne semblent pas réussir à prendre le contrôle de la situation.

3.1.2. Les pays au taux de prévalence élevé et leur riposte nationale à la pandémie du sida.

90 OKWARE, Sam *et al.*, «Fighting HIV/AIDS: is success possible?». *Bulletin of the World Health Organisation*, vol. 79, no. 12, 2001.

Le Botswana, l'Afrique du Sud et le Zimbabwe ont des taux de prévalence extrêmement élevés. Presque un tiers de leur population adulte est infecté par le VIH. La République démocratique du Congo⁹¹ a un taux de prévalence moins élevé, mais le taux des femmes infectées est en augmentation constante et rapide. Nous allons passer en revue les réponses nationales de ces quatre pays africains et essayons de comprendre pourquoi ces pays ne réussissent pas à prendre le contrôle de la propagation du sida.

3.1.2.1. Le Botswana

Au Botswana, le premier cas officiel du sida a été découvert en 1985. Depuis lors, le taux de prévalence s'est accru de manière extraordinaire. Des résultats de surveillance montrent une augmentation de 18,1% en 1992 à 37,4% en 2003. Ce sont surtout les adultes entre 25 et 29 ans qui sont touchés par le virus. La prévalence dans la classe d'âge plus élevée est en augmentation alors que dans la classe d'âge de 15 à 19 ans, elle est restée plutôt stable.

La première politique nationale sur le VIH/sida au Botswana a été développée sept ans après la première découverte, en 1992 et révisée en 1998. Cette politique met l'accent sur une approche multisectorielle et une approche internationale des droits humains afin de s'adresser à la stigmatisation et à la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH et le sida.

Les éléments clés de la politique nationale de lutte contre le sida sont la prévention de transmission du VIH, du sida et des maladies sexuellement transmissibles, la réduction de l'impact personnel et psycho-social du VIH/sida, la mobilisation de tous les secteurs et de toutes les communautés pour la prévention et les soins, la provision de soins et de support pour les personnes infectées et affectées ainsi que la réduction des conséquences socio-économiques du VIH, du sida et des maladies sexuellement transmissibles⁹².

La politique nationale n'exige pas seulement une forte participation de tous les ministères au niveau politique et opérationnel, mais aussi des organisations non

91 Les statistiques disponibles de la République Démocratique du Congo sont des estimations. Donner des statistiques exactes dans le cadre d'une guerre civile est impossible.

92 National AIDS coordination Agency, « National HIV/Aids Strategic framework 2003-2009 », Botswana: 2003.

gouvernementales, du secteur privé, des Nations Unies et des autres partenaires de développement.

En 1987 a été élaboré un plan à court terme (1987-1989) avec le but d'informer la population sur l'épidémie. Ce plan d'urgence est suivi par un plan à moyen terme de cinq ans qui était concentré sur le secteur de la santé. On a vite réalisé que cette approche n'est pas adéquate pour adresser tous les problèmes reliés au VIH/sida.

Le gouvernement du Botswana a mis en place une forte réponse multisectorielle par l'intermédiaire de son Conseil National du Sida (CNS). La coordination de la riposte nationale est réalisée par l'Agence Nationale de coordination du sida (NACA), qui elle aussi apporte son appui technique au CNS. Le Botswana a bénéficié d'un engagement politique déterminé en matière de lutte contre le sida et c'est ainsi que le VIH et le sida ont été intégrés dans la planification et la budgétisation nationales.

Pour garantir une riposte multisectorielle élargie, le Botswana a élaboré un Plan stratégique national sur le VIH et le sida (2003-2009) en 2003. La création du Système de gestion de l'information sur la riposte au VIH du Botswana garantit le suivi et l'évaluation de la riposte de manière efficace. Il essaie d'obtenir des données à tous les niveaux de la riposte. Comme dans les autres pays, la société civile et le secteur privé du Botswana jouent un rôle crucial dans la lutte contre le sida. Le NACA a créé en 2003 une unité de coordination du secteur privé.

Même si le Botswana a un taux de prévalence très élevé, c'était le premier pays africain à fournir des anti-rétroviraux à tous ses citoyens en ayant besoin.

Le gouvernement du Botswana a produit des résultats impressionnants en matière de lutte contre le sida. À la fin des années 1990, le pays a reconnu l'urgence d'agir, voyant un taux de prévalence d'environ 38% de la population. Les fonds distribués par le gouvernement à la lutte contre le sida ont énormément augmenté, et sont passés de 5 millions de dollars par année en 1999 jusqu'à 110 millions de dollars en 2003⁹³

3.1.2.2. Le Zimbabwe

93 Center for Strategic and International Studies, «Botswana's strategy to combat HIV/AIDS», 2004.

Le premier cas de sida au Zimbabwe a été découvert en 1985. Le Zimbabwe a eu une prévalence de 24.6% chez les adultes en 2003, dont 56.6%⁹⁴ sont des femmes. Il s'agit d'un des pays les plus affectés par le sida dans le monde. ONUSIDA nous informe que 120 000 enfants de moins de 15 ans vivaient avec le VIH et le SIDA à la fin de l'année 2003⁹⁵. Les taux de prévalence varient énormément selon l'âge, le sexe et le lieu géographique. D'après une étude d'ONUSIDA, ce sont les jeunes femmes et les personnes qui vivent dans les régions semi-urbaines, les zones minières et les entreprises agricoles commerciales qui sont les plus vulnérables. Le nombre et la taille des groupes vulnérables au Zimbabwe s'est accru, parce que le pays a dû faire face à une crise complexe dans laquelle les effets des inondations, de la sécheresse, de l'isolement international, de la réforme agraire qui a entraîné d'importantes migrations, et du VIH/sida se sont associés.

Au Zimbabwe, la transmission du virus se fait principalement par les relations hétérosexuelles (92%) et en deuxième lieu par la transmission mère à enfant (7%)⁹⁶. La transmission par voie sanguine est rare. Le Zimbabwe a été un des premiers pays dans le monde à avoir eu un système d'analyse de sang. Comme dans les autres pays, la transmission entre les hommes est sous-estimée car l'homosexualité est niée. Au Zimbabwe, les femmes sont 1.35⁹⁷ fois plus visées par la maladie que les hommes.

La principale méthode au Zimbabwe pour suivre l'évolution de la maladie sont les consultations prénatales, une méthode qui est loin d'être parfaite, sachant que les femmes infectées sont moins fertiles que les femmes en santé.

La réponse du gouvernement du Zimbabwe au premier cas du sida a été l'introduction de l'analyse universelle du sang. Le service national de transfusion sanguine collecte, analyse, met en réserve et distribue du sang dans le pays. Mais rapidement, le gouvernement a manifesté une volonté et un engagement politiques importants pour lutter contre la maladie qui s'installait de plus en plus dans le pays. En 1987, ils ont créé le Programme National de Coordination du sida (NACP), qui a représenté le début d'une riposte nationale. Quelques plans à moyen terme ont été conçus afin d'encourager un changement

94 ONUSIDA, « Rapport sur l'épidémie mondiale du sida », 2004.

95 UNAIDS, « Epidemiological fact sheets on HIV/Aids and sexually transmitted infections: Zimbabwe », UNAIDS, 2004.

96 ibid

97 ONUSIDA, « Rapport sur l'épidémie mondiale du sida », 2004.

des comportements sexuels, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH ou encore la surveillance épidémiologique. Mais l'augmentation du nombre de personnes infectées, surtout parmi les jeunes, a forcé le gouvernement du Zimbabwe à avouer que ses actions contre le sida ont été un échec. Douze ans plus tard, en 1999, le gouvernement a finalement lancé une Politique nationale sur le sida ainsi qu'un cadre stratégique national pour la période de 1999 à 2004. La politique nationale contre le sida se compose de différents principes, sur lesquels les stratégies de lutte contre la maladie sont basées. La politique demande une approche multisectorielle, une prévention basée sur l'information et le changement de comportement, le respect des droits humains, des soins adéquats, l'intégration du genre ainsi que l'importance de la recherche.

En 2000 a été créé le Conseil National Multisectoriel du sida (CNS) par acte parlementaire, responsable de la gestion du Fonds national d'affectation spéciale sur le sida. Le Zimbabwe est devenu en 1999 le premier pays dans le monde ayant introduit un impôt sur tous les revenus imposables pour appuyer le financement des activités nationales sur le VIH et le sida. Par l'intermédiaire de ses structures dans les différents districts du pays, le CNS peut distribuer cet argent directement aux bénéficiaires pour financer leurs activités de prévention ainsi que de prise en charge. Dans un temps de quatre ans, le Zimbabwe a pu ramasser deux millions de dollars par ces impôts, et la moitié de cet argent a été distribué et utilisé.

Mais comme dans les autres pays, la société civile et le secteur privé jouent un rôle important dans la lutte contre le sida. La majorité des fonds en provenance des donateurs pour la prévention et pour les soins sont acheminés par le biais des ONG.

En juin 2002, le Zimbabwe a décidé de déclarer le VIH/sida une urgence nationale, ce qui était le début d'une amélioration dans la lutte du pays contre la pandémie. L'accès aux antirétroviraux est devenu une priorité, et en 2004, le gouvernement s'est engagé à importer ces médicaments antirétroviraux, alors que les fonds extérieurs étaient très limités. Le CNS du Zimbabwe est un bénéficiaire du Fonds mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme, mais la plupart de ces fonds sont destinés à la prévention et non à l'achat de médicaments, ce qui fait en sorte qu'au Zimbabwe, moins de 1% des personnes ayant besoin d'un traitement, peuvent en profiter.

Des enquêtes montrent que depuis quelques années les comportements sexuels au Zimbabwe sont en train de changer. On a constaté une augmentation de l'âge du premier rapport sexuel, une augmentation de l'utilisation du préservatif ainsi qu'une baisse du nombre de partenaires sexuels. Les résultats ont montré aussi que la prévalence est à la baisse chez les jeunes.

Il est connu que dans la majorité des pays dans le monde, l'espérance de vie chez les femmes est supérieure à celle des hommes. Or, à cause du sida, les femmes du Zimbabwe vivent moins longtemps que les hommes⁹⁸.

Le gouvernement du Zimbabwe a souvent été critiqué d'avoir reconnu très tard le problème du sida, alors qu'il était déjà très alarmant. Avant l'an 2000, le Président Mugabe a rarement mentionné le VIH/sida publiquement, et comme nous l'avons dit plus haut, la réponse à la maladie était très tardive.

3.1.2.3.L'Afrique du Sud

L'Afrique du Sud a le triste record de compter le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH dans un seul pays. Les dernières estimations d'ONUSIDA (qui datent de la fin 2005), nous indiquent une prévalence chez les adultes de 18,8%. Environ 5,5 millions de personnes sont infectées par le virus et 320 000 sont morts du sida en 2005. On comptait en 2003 1 200 000 orphelins dus au sida.

Comparé à d'autres pays africains, l'Afrique du Sud a aussi commencé tard à lutter contre le sida. C'était l'ANC (African National Congress) qui a joué un rôle important dans le développement des politiques nationales de lutte contre cette maladie. En octobre 1992, l'ANC, ensemble avec le département national de santé du gouvernement de ségrégation, ont organisé une conférence sur le sida, ce qui a mené à la création du *National Aids Committee of South Africa* (NACOSA). Le NACOSA est un groupe qui est en charge de la coordination de la réponse nationale au VIH/sida. Après l'élection de l'ANC au pouvoir, le gouvernement

⁹⁸ Les hommes ont une espérance de vie de 37 ans, les femmes ont une espérance de vie de 34 ans.
Organisation Mondiale de la Santé, Country Information: Zimbabwe, 2004.

a adopté le plan de lutte contre le sida élaboré par le NACOSA.

C'est maintenant que le sida est déclaré «projet prioritaire présidentiel», ce qui lui donne un statut spécial et devrait faciliter l'accès aux ressources. Mais, le plan de lutte contre le sida a considérablement surestimé la capacité d'exécution du nouveau gouvernement. L'héritage de l'administration de ségrégation et la période de transition ont mené à une planification au sein du gouvernement mal coordonnée, ce qui rendait une bonne coordination d'une réponse nationale au sida impossible. La capacité restreinte du secteur public, les multiples sources des attributions spéciales au sida et des procédures complexes de déboursement ont mené le gouvernement à limiter les fonds pour la lutte contre le sida.

Comme dans la majorité des pays, le plan de lutte contre le sida fait partie du département de la santé. Il ne s'agit donc pas d'une réponse multisectorielle.

Une reformulation du plan a finalement mené à un Plan stratégique contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles (2000-2005), qui a comme secteurs clés la prévention, le traitement, les soins, la recherche et les droits humains.

Cependant, le plan a été considéré vague en termes d'action, mais aussi de fournir les ressources nécessaires ainsi que les thérapies antirétroviraux.

En 2000, quand le plan stratégique a été lancé, a aussi été créé le Conseil National sud-africain du sida (SANAC), qui a réuni la société civile et le gouvernement mais qui a exclu les chercheurs médicaux et de nombreuses ONG importantes, comme l'Association Nationale des personnes vivant avec le VIH/sida.

En cette même année, la Ministre de la Santé a interdit la distribution d'anti-rétroviraux aux femmes infectées enceintes ou victimes de viol dans les institutions de santé publique. Elle a déclaré qu'elle avait basé sa décision sur les coûts élevés, la toxicité, et l'efficacité.

Le combat contre la pandémie aurait été plus simple et plus efficace, si, en 2000, le président Thabo Mbeki n'avait pas commencé à soutenir la thèse que le sida n'était pas causé par le VIH, mais par la pauvreté. Ce questionnement public du lien entre le VIH et le sida et le fait qu'une Conférence internationale sur le sida s'est tenue pour la première fois dans le Sud (à Durban) a tiré beaucoup d'attention sur l'Afrique du Sud. Les controverses ont amené 5000 scientifiques à signer la Déclaration de Durban, réaffirmant que le VIH est la cause du

sida. Sous pression nationale et internationale, le gouvernement a finalement décidé en 2003, de mettre en œuvre une campagne nationale de traitement gratuit pour les millions de séropositifs qui vivent en Afrique du Sud.

Mais, selon un rapport rendu public par le ministère sud-africain de la Santé en février 2006, le taux de prévalence du VIH a enregistré une légère hausse en 2005 en Afrique du Sud⁹⁹.

3.1.2.4. La République démocratique du Congo

La République démocratique du Congo (RDC) a été l'un des premiers pays africains à reconnaître la réalité du VIH/sida en 1983. Cette reconnaissance précoce, ainsi que les efforts de sensibilisation figurent parmi les facteurs ayant contribué à ralentir la progression du VIH/sida au sein de la population de la RDC. Mais la crise politique et socio-économique, aggravée par les conflits armés a entraîné une inactivité du Programme national de lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles.

Le conflit qui a eu lieu en République démocratique du Congo de 1996 à 2003 a gravement atteint les populations et les infrastructures du pays. En plus des homicides en masse, les domiciles de milliers de personnes ont été détruits, mais aussi de nombreux hôpitaux et infrastructures de santé publique. Le conflit a été marqué par l'usage systématique du viol comme arme de guerre. Ce viol en masse a contribué à répandre le VIH, et le Programme national de lutte contre le sida estime que le taux d'infection a atteint jusqu'à 20% dans les provinces de l'est du pays.

La voie sexuelle est la voie de transmission principale du virus en République démocratique du Congo. Selon le Programme national de lutte contre le sida, 2,6 millions de personnes vivent actuellement avec le VIH/sida, mais seulement 4000 des infectés reçoivent des traitements¹⁰⁰. Même si les données des dix dernières années montrent une certaine

99 République de l'Afrique du Sud, «Progress Report on Declaration of Commitment on HIV and AIDS», février 2006.

100 République démocratique du Congo, «Programme National de Lutte contre le SIDA(PNLS), Plan directeur, 2002-2004 », 2002.

stabilisation de la prévalence¹⁰¹, le risque d'expansion de la pandémie est énorme. Cette expansion est liée aux mouvements de la population à la fin du conflit, au manque d'accessibilité aux services de prévention, de traitement et de prise en charge, aux comportements sexuels, au mauvais état des infrastructures sanitaires et sociales ou encore à la pauvreté de la population.

En ce qui concerne la réponse nationale à la pandémie, des mesures de lutte ont été prises surtout par le Ministère de la Santé Publique dès la découverte des premiers cas dans le pays.

Dans le Plan directeur de développement sanitaire en RDC, publié en 2001, on peut lire que « la pratique de certains comportements sexuels à risque, l'insuffisance des dispositions pour la sécurité transfusionnelle, la non disponibilité de matériel et des médicaments, la non implication effective de tous les secteurs de la vie nationale à la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA constituent des entraves au contrôle de ces maladies.»¹⁰²

Dans les premières années de l'épidémie, la lutte de la RDC a été considérée l'une des plus actives en Afrique, mais elle a été considérablement affaiblie par la guerre. Après la guerre civile, un mouvement lancé en faveur de l'accès universel à la prévention ainsi qu'au traitement a redonné un élan et a permis d'obtenir un appui de la communauté internationale et un engagement politique plus fort de la part du gouvernement de la RDC.

En 2004, le gouvernement congolais a créé un Programme national multisectoriel de lutte contre le sida, placé sous l'autorité de la présidence congolaise.

Une aide financière obtenue par le Fonds mondial de lutte contre le sida en 2004 et une autre promesse par la Banque Mondiale pour la période 2005-2009 a permis à la RDC de lancer des programmes de prévention qui se traduisent par la distribution de préservatifs, la distribution gratuite d'antirétroviraux dans plusieurs zones du pays, ainsi que le renforcement des capacités des structures de prises en charge et de leur personnel.

Mais, même si depuis la fin de la guerre des efforts ont été faits, les obstacles restent importants. La mobilisation minime des ressources internes ne permet pas à l'Etat de

¹⁰¹Nous tenons à préciser que les statistiques disponibles sur la RDC sont des vagues estimations.

¹⁰²République démocratique du Congo, « Plan directeur de développement sanitaire », Février 2001.

subvenir aux besoins de santé de la population. En plus, le Plan stratégique de lutte contre le sida qui a été élaboré en 1999 pour une période de 9 ans est dépassé et ne correspond plus aux réalités.

Ce qui manque est, selon les autorités, une véritable coordination et une harmonisation des efforts afin d'optimiser l'efficacité de la lutte contre le sida.

En créant le Programme national multisectoriel de lutte contre le sida, le cadre de la coordination existe, alors qu'ils ont essayé de réactualiser en partie le plan stratégique ayant comme objectif l'accès universel à la prévention et au traitement.

Comme nous pouvons le voir, l'Afrique du Sud, le Botswana, le Zimbabwe et la RDC ont chacun leur propre histoire. L'Afrique du Sud et le Zimbabwe ont réagi très tard au problème de la propagation du sida. Au Botswana, même s'ils ont commencé plus tard à lutter contre le sida, le taux de prévalence est en baisse depuis quelques années, dû à un engagement politique fort. A cause de la guerre, la République démocratique du Congo est en retard sur beaucoup de pays en matière de lutte contre le sida.

Dans la partie suivante, nous allons nous concentrer sur l'intégration du genre dans les réponses nationales au sida. Nous allons voir, si le Sénégal et l'Ouganda ont aussi une avance sur les autres pays en matière d'égalité entre les sexes.

3.2.L'intégration du genre dans les politiques nationales

Depuis des années, le sida a une tendance à la féminisation. De plus en plus de femmes sont infectées et affectées par la maladie. Nous avons mentionné l'importance d'une bonne politique nationale et d'un vrai engagement politique pour lutter efficacement contre le sida. Dans notre deuxième chapitre, nous avons constaté que les institutions internationales n'ont pas encore réussi à passer du discours à l'action pour l'intégration du genre dans les politiques de lutte contre le sida. Nous allons analyser par la suite si les gouvernements africains ont fait ce pas important dans la lutte contre cette pandémie.

En nous basant sur six pays africains précis, nous avons montré qu'ils ont tous élaboré une politique contre le sida plus ou moins efficace. Or, est-ce qu'ils prennent tous en compte la féminisation de la maladie? (Voir annexe 2: Tableau comparatif thématique: L'intégration du genre dans les réponses nationales au sida).

3.2.1.L'intégration du genre dans les politiques de lutte contre le sida des «pays modèles»

Le nombre de femmes infectées au Sénégal et en Ouganda est, comme dans le reste des pays de l'Afrique subsaharienne, plus élevé que celui des hommes. Dans le tableau qui suit, nous allons montrer l'évolution de la maladie de la fin de l'année 2001 à la fin de 2005 (les dernières données disponibles).

Tableau 3.1.
L'évolution du VIH/sida de 2001 à 2005
(Sénégal – Ouganda)

<i>Pays</i>	<i>Année</i>	<i>Estimation d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH</i>	<i>Adultes (15-49 ans) vivant avec le VIH</i>	<i>Taux chez l'adulte</i>	<i>Femmes vivant avec le VIH (15-49 ans)</i>	<i>Taux des femmes vivant avec le VIH</i>
Sénégal	2001	40 000	38 000	0,8%	21 000	55,3%
	2005	61 000	56 000	0,9%	33 000	58,9%

<i>Pays</i>	<i>Année</i>	<i>Estimation d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH</i>	<i>Adultes (15-49 ans) vivant avec le VIH</i>	<i>Taux chez l'adulte</i>	<i>Femmes vivant avec le VIH (15-49 ans)</i>	<i>Taux des femmes vivant avec le VIH</i>
Ouganda	2001	620 000	520 000	5,1%	310 000	59,6%
	2005	1 000 000	900 000	6,7%	520 000	57,7%

Source: ONUSIDA, Rapport sur le sida dans le monde, 2006
 ONUSIDA, Rapport sur le sida dans le monde, 2004

Pour le Sénégal, on peut constater que le nombre de personnes vivant avec le VIH a augmenté de plus que la moitié (de 40 000 à 61 000) entre fin 2001 et fin 2005. En fin 2005, ONUSIDA a estimé le nombre de personnes vivant avec le VIH au Sénégal à 61 000 sur une population de 11 658 000, dont 56 000 adultes entre 15 et 49 ans. En matière de taux chez l'adulte, cette augmentation du nombre de personnes infectées ne change pas beaucoup (de 0,8% à 0,9%), un fait qui est dû à l'augmentation du taux démographique.

Les femmes sénégalaises sont infectées de façon disproportionnée. Parmi les 56 000 adultes vivant avec le VIH/sida, elles sont au nombre de 33 000, ce qui donne un taux des femmes vivant avec le VIH de 58,9% ($=33\,000 / 56\,000$), comparé à 55,3% ($=21\,000 / 38\,000$) en 2001. Il s'agit d'une augmentation importante, qui nous montre la même tendance que sur le continent. L'infection des femmes est en augmentation ce qui ne doit pas être négligé dans la lutte contre la pandémie.

En Ouganda, le nombre de personnes vivant avec le VIH est passé de 620 000 en 2001 à 1 000 000 en 2005, ce qui fait en sorte que le taux de prévalence chez l'adulte passe de 5,1% en 2001 à 6,7% en 2005. Étonnamment, les données nous montrent que le taux d'infection chez les femmes a baissé dans ces quatre années. Il est passé de 59,6% en 2001 à 57,7% en 2005. Mais en regardant le nombre de femmes vivant avec le VIH (310 000 en 2001 et 520 000 en 2005), on comprend que le taux des femmes infectées est en baisse dû à

une augmentation de la population, qui a passé de 24 700 000¹⁰³ en 2001 à 28 816 000¹⁰⁴ en 2005¹⁰⁵.

3.2.1.1. Le Sénégal

Au Sénégal comme dans beaucoup d'autres pays, les normes de la sexualité sont fixées en fonction du genre. Pour les femmes, il y a une incitation à respecter la virginité jusqu'au mariage et une forte propension à la précocité de l'âge du mariage. Pour l'homme, l'abstinence est recommandée avant le mariage et la fidélité dans le couple.

De manière générale, les rapports de genre restent très déséquilibrés en faveur des hommes au Sénégal. Mais, depuis quelques années, il y a un mouvement de fond qui émerge et qui est animé par un grand nombre d'associations et d'organisations féminines avec comme but de meilleures conditions et une amélioration du statut de la femme. Dans ce sens, des lois ont été adoptées contre l'excision, la violence conjugale, et le harcèlement sexuel.

Le Sénégal a adopté en janvier 2001 une nouvelle loi fondamentale qui a constitutionnalisé les droits fondamentaux de la femme et de l'enfant qui relevaient, jusqu'à cette date, de normes juridiques plus légères. Le Code pénal sénégalais a été révisé dans le sens de l'aggravation des peines relatives aux atteintes à l'intégrité corporelle de la femme et également au harcèlement sexuel, à l'excision et au viol.

En lisant la constitution sénégalaise, adoptée par référendum en 2001, on peut constater, que d'un point de vue théorique, le droit sénégalais est apparemment juste envers les femmes. On y peut lire que « la République du Sénégal assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction de sexe, de race, de religion.... Tous les êtres sont égaux en droit »¹⁰⁶.

¹⁰³Uganda AIDS Commission, « Uganda country report », Mars 2003

¹⁰⁴UNAIDS, «Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2006», Édition spéciale 10e anniversaire ONUSIDA, UNAIDS, Mai 2006.

¹⁰⁵Le nombre de femmes infectées a presque doublé et le taux des femmes infectées a baissé entre 2001 et 2005. Les derniers recensements de populations ont été faits en 1991 et en 2002 en Ouganda. Les estimations de 2001 sont donc encore basées sur le recensement de 1991, ce qui peut expliquer ces résultats étonnants.

¹⁰⁶République du Sénégal, « Constitution du Sénégal », 2001

<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CAFRAD/UNPAN002912.pdf>

Aussi, la Constitution interdit formellement toute discrimination fondée sur le sexe, la race, la religion et l'origine sociale. Dans l'article 17, on peut lire que « L'État garantit aux familles en général et en particulier à celles vivant en milieu rural, notamment aux femmes, le droit à l'allégement de leurs conditions de vie et l'accès à la santé et au bien-être ».

Or, si les femmes semblent avoir les mêmes droits que les hommes en théorie, les difficultés se situent plutôt au niveau du respect et de l'exercice de ces droits. Les femmes sénégalaises ont toujours souffert, et vont continuer à souffrir de discriminations et de pratiques dans tous les aspects de la vie sociale.

Le Plan National de lutte contre le sida nous révèle deux points destinés aux femmes:

1. La prévention de la transmission mère-enfant, dont les objectifs sont de mettre en place un dépistage volontaire et gratuit lors des consultations prénatales, de proposer des antirétroviraux aux femmes enceintes infectées et aux nouveau-nés et de proposer l'allaitement artificiel exclusif. Or, de nombreux obstacles se posent à la réalisation de ce projet, telle que l'insuffisance d'équipements et de personnel qualifié, des moyens de dépistage des femmes enceintes, la résistance des couples au dépistage du VIH des femmes enceintes et l'ignorance du statut sérologique chez beaucoup de femmes enceintes à l'instar de la population générale.
2. L'implication d'organisations féministes, des réseaux et groupements de femmes pour réduire la vulnérabilité des femmes aux infections sexuellement transmissibles et au VIH/sida à travers l'information, la sensibilisation et l'éducation. Une semaine annuelle femmes/sida a été mise en place, qui est un temps fort dans la lutte contre le sida au Sénégal.

Donc, les autorités et les diverses organisations féminines, gouvernementales et religieuses mènent des campagnes de sensibilisation des femmes, qui leur permettent de faire face à la prévention. Mais il reste encore beaucoup à faire pour éduquer et sensibiliser la population sexuellement active courant le risque de contamination le plus élevé. Des données montrent que la population générale a une assez bonne connaissance du sida. Elle est très élevée au milieu urbain (95% des femmes et 98% des hommes), alors qu'au milieu rural, elle est légèrement plus faible (92% des femmes et 96% des hommes). Pour la connaissance des

moyens de prévention, elle varie de manière significative selon les caractéristiques socio-démographiques des populations enquêtées. Ce sont les femmes et les hommes de 15 à 19 ans qui sont le moins bien informés¹⁰⁷.

Au Sénégal, on fait donc des efforts à informer les femmes sur le sida, ses voies de transmission ainsi que les moyens de prévention. Mais, comme nous l'avons vu ci-dessus, le problème va beaucoup plus loin. Le fait que les femmes connaissent le sida ne les fait pas sortir de leur position inférieure à l'homme, ne leur donne pas le pouvoir de négocier leur vie sexuelle et ne réduit donc pas leur vulnérabilité face au sida. Aussi longtemps que la lutte contre le sida au Sénégal n'implique pas l'obligation de conférer aux femmes la maîtrise de leur corps et de leur sexualité, ce pays ne va pas arriver à protéger sa population féminine contre l'infection au sida.

3.2.1.2.L'Ouganda

En Ouganda comme dans les autres pays, les femmes sont particulièrement vulnérables au VIH à cause de leur statut social, de leur niveau de scolarité peu élevé ainsi que leur manque de pouvoir de négociation dans leurs relations.

Une étude de TASO (The Aids support Organization) et ONUSIDA a découvert que même si la majorité des femmes mariées en Ouganda connaissent le problème de la transmission du VIH, elles se sentaient incapables de contrôler le comportement à risque de leur partenaire ou bien de négocier une relation sexuelle protégée¹⁰⁸.

¹⁰⁷République du Sénégal, Conseil national de lutte contre le sida, « Plan stratégique de lutte contre le sida (2002-2006) »

¹⁰⁸Sophia Mukasa Monico, Erasmus Otolok Tanga, and Augustus Nuwagaba, «Uganda: HIV and AIDS-related Discrimination, Stigmatization and Denial». 2001.

Le GDI¹⁰⁹ (Gender-related development index) en Ouganda était de 0,502 en 2003, ce qui met le pays à la 144^e place dans une liste de 177 pays. L'égalité de genre est donc très faible dans ce pays.

Le gouvernement a mis en oeuvre un programme d'action pour la participation politique des femmes. Des bureaux de vote ont été réservé pour les femmes, et le nombre de femmes au parlement a augmenté (27,6% en 2006 contre 24,7% en 2004)¹¹⁰

En 2003, Human Rights Watch a publié un rapport dans lequel ils déclarent:

«The Ugandan government has been widely credited with emphasizing the empowerment of women and girls in recent policy-making....The government adopted a National Gender Policy in 1997 and formulated a National Action Plan on Women. The 1995 constitution provides for affirmative action through the provision of reserved seats for women in Parliament and in local government, women are now in Local Council positions, and women hold influential posts including...deputy chief justice, deputy speaker of parliament and deputy inspector-general of police. The government established a Ministry of Gender, Labor and Social Development in 1988 and a Directorate of Gender and Community Development to integrate gender within the development process. Women's Councils have been established under the National Women's Council Act 1993. Despite this progress, many customary and statutory laws discriminate against women in areas of marriage,

109Le PNUD calcule le GDI (Gender-related development index), dont les valeurs se trouvent entre 0 et 1, 0 étant l'égalité de genre la plus basse et 1 étant l'égalité de genre la plus élevée. Cet index est calculé en utilisant la moyenne de trois index: l'espérance de vie, l'éducation, et le revenu. (SITE DU PNUD)

110Inter-Parliamentary Union (IPU)
<http://www.ipu.org/wmn-e/classif.htm>

divorce, and inheritance. »¹¹¹

Donc malheureusement, de nombreuses lois sont discriminatoires envers les femmes dans le domaine du mariage, du divorce et de l'héritage, même si la Constitution ougandaise, qui date de 1995, a une section intitulée « Le droit des femmes », qui, en théorie, donne aux femmes des droits multiples.¹¹²

En 2005, des activistes ont encouragé le gouvernement de l'Ouganda à promulguer le Projet de loi sur les relations conjugales qui traite de la polygamie, du prix de la dot, de la cohabitation, du viol de la femme par son époux et de la mutilation génitale de la femme.

Au sujet de la politique de lutte contre le sida, l'Ouganda a réussi à renverser la tendance à l'augmentation du taux de prévalence de VIH en utilisant la méthode ABC (abstinence, fidélité et utilisation du préservatif). Les résultats étaient positifs. Le pays a réussi à baisser son taux de prévalence énormément. La méthode ABC à elle seule n'est pas du tout avantageuse, et loin d'être suffisante, pour les femmes. Selon le modèle de Geeta Rao Gupta, il s'agit d'une approche qui est neutre à l'égard du genre, parce qu'elle ne cible ni les hommes, ni les femmes en particulier, mais plutôt la totalité de la population qui est en mesure d'avoir des rapports sexuels. C'est une approche qui ne prend pas du tout en considération les besoins particuliers des femmes, mais qui au contraire, attend des femmes de négocier leurs relations sexuelles, alors qu'elles ne disposent pas de ce pouvoir.

¹¹¹ Human Rights Watch, « Just Die Quietly: Domestic Violence and Women's Vulnerability to HIV in Uganda ». 2003: New York.

¹¹²

- Women shall be accorded full and equal dignity of the person with men.
- The State shall provide the facilities and opportunities necessary to enhance the welfare of women to enable them to realise their full potential and advancement.
- The State shall protect women and their rights, taking into account their unique status and natural maternal functions in society.
- Women shall have the right to equal treatment with men and that right shall include equal opportunities in political, economic and social activities.
- Without prejudice to article 32 of this Constitution, women shall have the right to affirmative action for the purpose of redressing the imbalances created by history, tradition or custom.
- Laws, cultures, customs or traditions which are against the dignity, welfare or interest of women or which undermine their status. are prohibited by this Constitution.

Or, depuis une année, l'Ouganda a décidé de changer sa stratégie, en adressant les messages d'utilisation du préservatif seulement aux groupes à risque élevé. Le reste de la population ougandaise est invitée à s'abstenir. Or, ce programme d'abstinence ne prend pas en considération que la sexualité de la majorité des femmes est contrôlée par les hommes. Dire aux femmes de s'abstenir sexuellement n'a pas de sens dans une culture où les jeunes filles apprennent dès l'âge de 13 ans à rester toujours soumises. Dans un pays où la violence sexuelle et le viol sont largement répandus, l'abstinence n'est pas une solution.

Dans le Plan national stratégique contre le sida, les causes pour lesquelles les femmes sont plus vulnérables à l'infection du VIH sont clairement formulées. Ils énumèrent les raisons biologiques, mais aussi le statut social des femmes et le manque d'accès à l'éducation. Dans les recommandations pour la période de 2000 à 2005, le gouvernement de l'Ouganda déclare vouloir réduire la vulnérabilité d'individus et de communautés en se concentrant surtout sur les enfants, les jeunes et les femmes. Dans son Plan stratégique, l'Ouganda a passé en revue les progrès faits ainsi que les contraintes auxquelles ils ont dû faire face. En matière de support socio-économique, ils constatent que les « disparités de genre et de pratiques culturelles tendent à rendre les jeunes filles particulièrement exposées à l'exploitation et aux responsabilités domestiques »¹¹³. Or dans les recommandations qu'ils donnent après, on trouve comme solution de mieux encadrer ces jeunes filles et de leur donner un support social et spirituel.

La réponse nationale de l'Ouganda ne prend pratiquement pas en compte la question du genre. Le MACA (Multisectoral approach to control HIV/aids in Uganda), qui a été développé en 1993, et qui depuis a servi comme base pour élaborer les programmes suivants, ne mentionne même pas les inégalités entre les sexes dans ses principes directeurs, ses buts et ses stratégies.

Donc, même si le taux de prévalence chez les femmes ougandaises est en constante augmentation, l'Ouganda n'a pas encore élaboré des stratégies qui visent l'empowerment des femmes ou bien un changement des rapports sociaux.

¹¹³ République de l'Ouganda, « The National strategic framework for HIV/aids activities in Uganda 2000/1-2005/6 », Mars, 2000.

3.2.2.L'intégration du genre dans les politiques de lutte contre le sida des quatre pays africains ayant un taux de prévalence élevé

En présentant les politiques de lutte contre le sida de l'Afrique du Sud, du Botswana, de la RDC et du Zimbabwe dans la section précédente de notre travail, nous avons constaté que de nombreuses lacunes existent entre les intentions et les actions. Le tableau ci-dessous nous montre l'évolution du VIH/sida dans les quatre pays en question entre les années 2001 et 2005.

Tableau 3.2.
L'évolution du VIH/sida de 2001 à 2005
(Afrique du Sud – Botswana – RDC – Zimbabwe)

<i>Pays</i>	<i>Année</i>	<i>Estimation d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH</i>	<i>Adultes (15-49 ans) vivant avec le VIH</i>	<i>Taux chez l'adulte</i>	<i>Femmes vivant avec le VIH (15-49 ans)</i>	<i>Taux des femmes vivant avec le VIH</i>
Afrique du Sud	2001	5 000 000	4 800 000	20,9%	2 700 000	56,3%
	2005	5 500 000	5 300 000	18,8%	3 100 000	58,4%

<i>Pays</i>	<i>Année</i>	<i>Estimation d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH</i>	<i>Adultes (15-49 ans) vivant avec le VIH</i>	<i>Taux chez l'adulte</i>	<i>Femmes vivant avec le VIH (15-49 ans)</i>	<i>Taux des femmes vivant avec le VIH</i>
Botswana	2001	350 000	330 000	38,0%	190 000	57,6%
	2005	270 000	260 000	24,1%	140 000	53,8%
RDC	2001	1 100 000	950 000	4,2%	540 000	56,8%
	2005	1 000 000	890 000	3,2%	520 000	58,4%
Zimbabwe	2001	1 700 000	1 600 000	24,9%	900 000	56,3%
	2005	1 700 000	1 500 000	20,1%	890 000	59,3%

Source: ONUSIDA, «Rapport sur le sida dans le monde», 2006
 ONUSIDA, Rapport sur le sida dans le monde, 2004

Nous pouvons voir dans ce tableau qu'en Afrique du Sud, le nombre de personnes vivant avec le VIH a augmenté depuis 2001, même si le taux chez l'adulte a diminué en 2005. La raison pour ce phénomène est l'augmentation de la population du pays. Nous pouvons aussi constater que le taux d'infection chez les femmes augmente de façon très rapide et est passé, dans une période de quatre ans seulement, de 56,3% à 58,4%.

Les données du Zimbabwe et de la RDC nous montrent une évolution différente. Tandis que le nombre de personnes vivant avec le VIH reste constant, ou même diminue en RDC, et le taux chez l'adulte a baissé dans les deux pays, le taux des femmes vivant avec le VIH a augmenté.

C'est au Botswana qu'on peut constater une baisse dans toutes les données indiquées. Le taux d'infection chez l'adulte est passé de 38% à 24,1%, ce qui est un changement important. Les femmes, qui représentaient en 2001 57,6% des infections chez les adultes, ont représenté en 2005 encore 53,8%.

Juste en regardant ces chiffres, on pourrait croire que c'est logique que le Botswana a trouvé la meilleure réponse au sida, mais aussi à la féminisation de la maladie. Nous allons voir par la suite, si ce pays, comparé aux trois autres en question, est vraiment le plus avancé en matière d'intégration du genre dans sa politique de lutte contre le sida.

3.2.2.1. Le Botswana

La Constitution garantit des droits égaux pour les femmes et pour les hommes. Or, il existe des lois et des traditions dans ce pays qui placent les femmes dans une position inégale et vulnérable. En ce qui concerne la loi du mariage, par exemple, une femme qui est mariée en propriété commune, ne dispose pas d'une capacité légale d'agir toute seule, car son mari est vu comme son gardien légal. La discrimination envers les femmes se montre aussi en termes d'héritage, de droits de propriété et d'accès aux terres. Dans la Constitution du Botswana, on parle de non-discrimination dans la section 15. Cette section ne mentionne pas spécifiquement le genre ou le sexe, mais seulement la race, la tribu, l'origine, les opinions politiques, la couleur et la croyance.

La politique nationale de lutte contre le sida au Botswana déclare que la prévention de la transmission sexuelle du virus est une composante clé des stratégies. La promotion de l'égalité de genre dans toutes les sphères de la vie nationale et communautaire est nécessaire pour rehausser le statut social et économique des femmes et leur donner du pouvoir afin de prendre des décisions en matière de relations sexuelles protégées¹¹⁴. Dans la section 6.5. de la

¹¹⁴République du Botswana, «Botswana National Policy on HIV/AIDS», September 2002

politique contre le sida de 2002, on peut lire ce qui suit:

« A comprehensive review of the impact of current laws on women will be done to define appropriate formulation and enforcement of laws that effectively empower women to negotiate safer sexual practices »¹¹⁵

Le plan stratégique national pour le VIH/sida (2003-2009) mentionne que pour renforcer l'environnement légal et éthique afin de protéger les droits de toutes les personnes affectées ou infectées par le VIH/sida, il est nécessaire de « supporter une réforme légale et le renforcement des lois adressant le problème du viol et de la violence sexuelle au Botswana, et éduquer les groupes vulnérables (hommes et femmes) pour un changement de comportement. »¹¹⁶

Le Plan stratégique limite donc la priorité d'action sur des problèmes spécifiques du viol et de la violence sexuelle sans s'adresser à la vulnérabilité des femmes face à l'infection du sida.

En lisant le texte du Plan stratégique national pour le VIH/sida (2003-2009) du Botswana, nous constatons qu'ils y ont effectivement intégré la question du genre. Dans la présentation du plan, ils énumèrent les différents buts ainsi que les stratégies prioritaires à utiliser afin d'atteindre ces buts. Le troisième but, à savoir le renforcement de la gestion de la réponse nationale au VIH, peut selon le gouvernement du Botswana, être atteint entre autres par le mainstreaming du VIH/sida et du genre dans les plans stratégiques de chaque secteur.¹¹⁷

Le processus de développement du Plan stratégique national pour le sida a inclus des recherches sur les questions thématiques principales, comprenant la jeunesse et les enfants, les femmes, les hommes, la pauvreté, l'alcool, et les personnes vivants avec le VIH. Ce fait aide à mieux pouvoir satisfaire les besoins différents des divers groupes prioritaires et à raffiner les approches.

¹¹⁵Ibid

¹¹⁶République du Botswana, «National HIV/AIDS Strategic Framework 2003-2009», p.18

¹¹⁷Ibid, p.26

Pour lutter contre les inégalités de sexe en matière de sida, le Plan nous mentionne la nécessité de faire des efforts dans les domaines suivants¹¹⁸:

- Inclusion dans le projet et mise en oeuvre des interventions ciblant les femmes
- empowerment économique
- droits d'héritage et statut légal des femmes
- les inégalités de pouvoir dans les relations de genre
- l'éducation des femmes
- l'éducation et la promotion de l'égalité entre les sexes

Au Botswana, les districts ont fait des stratégies et élaboré des plans pour lutter contre le sida. Pour les femmes, les districts cherchent seulement leur participation plus élevée dans les Programmes de prévention contre la transmission de mère à enfant.

La participation de tous les ministères dans la lutte contre le sida fait partie de la réponse nationale contre le sida. C'est le Ministère du travail et de l'intérieur qui est en charge de développer et de mettre en oeuvre des programmes dirigés aux femmes. Le Ministère est responsable pour le mainstreaming du genre dans tous les programmes de lutte contre le sida.

Le Botswana a donc élaboré un Plan de lutte contre le sida, qui est sensible au genre. Le Plan Stratégique vise à mettre en oeuvre des interventions ciblant les femmes, c'est-à-dire qui prennent en compte les besoins spécifiques des femmes. Ils cherchent aussi à faire des efforts en matière d'empowerment économique et d'éducation des femmes. Et finalement, ils cherchent à lutter contre les inégalités de pouvoir dans les relations de genre. Le Botswana a donc élaboré une approche à plusieurs facettes, qui est adaptée au genre, qui cherche à créer des relations plus égales entre les hommes et les femmes et de donner plus de pouvoir aux femmes. Pour mettre en oeuvre ces belles intentions, il serait souhaitable de changer différentes parties de la Constitution, autrement, les femmes mariées sont comme des mineures devant la loi.

Les politiques de l'Afrique du Sud, de la RDC et du Zimbabwe prennent-elles en

¹¹⁸Ibid, p.33

compte la question du genre? Ces trois pays sont comme les autres gouvernements, bien conscients du problème. Ils mentionnent tous les trois que le nombre de femmes infectées par le virus est plus élevé que le nombre d'hommes et en nomment les raisons.

3.2.2.2.L'Afrique du Sud

Dans le Plan stratégique de lutte contre le sida (2000-2005) de l'Afrique du Sud, nous pouvons lire que les femmes âgées entre 20 et 30 ans ont le taux de prévalence le plus élevé.

Depuis l'adoption de la nouvelle Constitution en 1996 qui affirme que l'Afrique du Sud est une démocratie unie, non- raciale et non-sexiste, les femmes de ce pays « sont passées du statut de mineure asservie aux lois de l'apartheid et de la tradition patriarcale à celui de la citoyenneté pleine et en entière »¹¹⁹.

Dans le domaine politique, la place des femmes est extraordinaire. Elles représentent un tiers des députés au Parlement et plus de 40% des postes gouvernementaux sont occupées par des femmes.

Selon la Constitution, tous les citoyens de l'Afrique du Sud disposent des mêmes droits, privilèges et bénéfices de la citoyenneté et sont également sujets aux responsabilités de la citoyenneté. En plus, tous les citoyens sont égaux devant la loi et disposent du droit d'accès aux soins de santé, incluant la santé reproductive.

La Constitution de l'Afrique du Sud parle de « citoyens » et ne fait donc pas de différence entre leur sexe en matière de droits. Les femmes et les hommes sont théoriquement traités de la même façon.

L'Afrique du Sud est un pays qui a commencé relativement tard à élaborer une vraie politique de lutte contre le sida. Dans le Plan national contre le sida de 1994-95, un des principes directeurs disait que:

« la position vulnérable des femmes dans la société doit être adressée afin que les femmes ne souffrent pas de discrimination ou restent incapables de prendre toutes les

¹¹⁹RENAPAS, «Femmes d'Afrique du Sud :vers la complète parité ?»7 août 2005

mesures pour prévenir l'infection du VIH »¹²⁰.

Ce principe a été réaffirmé dans le dernier plan. A part ce principe directeur, les femmes apparaissent encore dans les différents objectifs et buts suivants:

- augmenter l'accès à des services de santé reproductive favorables aux jeunes (en se concentrant sur les jeunes, les femmes et les travailleurs émigrants) dans le but de contrôler les maladies sexuellement transmissibles.
- Améliorer les services de planification familiale pour les femmes séropositives dans le but de réduire la transmission du virus de la mère à l'enfant.

La problématique du statut des femmes dans la société est présent dans le Plan. Il s'agit même d'un principe directeur, qui théoriquement devrait être appliqué dans toutes les stratégies utilisées pour aboutir aux buts. Or, ces deux objectifs sont liés au domaine de la reproduction. On considère les femmes avant tout comme des mères et ces objectifs ne visent pas la subordination des femmes et les inégalités de sexe auxquelles elles doivent faire face dans leur vie quotidienne.

3.2.2.3. Le Zimbabwe

Au Zimbabwe, les femmes étaient, avant l'indépendance du pays, socialement et légalement mineures et leurs droits étaient subordonnés aux hommes. Après l'indépendance du Zimbabwe, les femmes se sont réunies et ont essayé de se libérer socialement, politiquement et économiquement en faisant du lobbying à travers des nombreuses organisations de femmes. Et elles ont réussi à faire une différence. Leur plus grande victoire est l'acte de l'âge légal de majorité à 18 ans, qui a été prononcé en 1982. Mais, la constitution du Zimbabwe continue à voir les femmes comme des mineures sur la base de la loi

¹²⁰ République de l'Afrique du Sud, «HIV/AIDS/STD Strategic Plan for South Africa 2000-2005 », p.15., 2000.

coutumière.

Le Zimbabwe a signé la Convention sur l'élimination de toute forme de discrimination contre les femmes, mais aujourd'hui encore, la majorité des décisions concernant le bien-être de la nation est déterminé par un leadership masculin. Les inquiétudes et les perspectives sont rarement entendues. La subordination des femmes dans ce pays reste très réelle et elles ont un statut social très bas.

Au sujet de l'intégration du genre dans les politiques de lutte contre le sida, la réponse nationale se base avant tout sur la méthode ABC, qui, comme nous l'avons déjà mentionnée avant, n'est pas une approche à utiliser sans avoir des projets parallèles pour donner du pouvoir de négociation aux femmes.

Le VIH et la pauvreté sont les deux problèmes principaux pour les femmes au Zimbabwe. Elles vivent dans un système social patriarcal qui refuse aux femmes leurs droits sous la loi coutumière, ce qui affecte la capacité des femmes de vivre une vie saine et en sécurité.

Dans les principes directeurs de la politique nationale de lutte contre le sida, on en trouve un seul qui est spécifique au genre:

« La sensibilité au genre et l'engagement de fournir l'égalité des genres devrait être intégré dans toutes les politiques. »

Dans la politique nationale contre le sida, le Zimbabwe a intégré une section «genre», dans laquelle ils commencent par énumérer les principales raisons pour lesquelles les femmes sont infectées de façon disproportionnée. Ensuite suivent quatre principes reliés au genre¹²¹:

- Les hommes et les femmes devraient avoir un statut égal avec des opportunités égales pour l'éducation et l'avancement dans toutes les sphères de la vie.
- Les hommes et les femmes doivent comprendre et respecter leur propre sexualité et la sexualité des autres
- Tous les programmes de lutte contre le VIH/SIDA/IST devraient être sensibles

¹²¹République de Zimbabwe, «National Policy on HIV/AIDS for Zimbabwe 1999», 1999.

au genre et inclure les problèmes reliés au genre

- La violence basée sur le genre est inacceptable et devrait être proscrite par la loi.

Donc, au Zimbabwe aussi, le genre est intégré dans la politique nationale contre le sida. Mais le problème est à peu près le même qu'au Botswana. Si les femmes ne sont pas considérées comme des citoyennes égales aux hommes, mariées ou non, ces stratégies qui visent l'égalité entre les sexes sont très difficiles à mettre en oeuvre.

3.2.2.4. La République Démocratique du Congo

En République démocratique du Congo, 58,4% des personnes infectées par le VIH sont des femmes. L'article 12 de la Constitution congolaise dit que «Tous les Congolais sont égaux devant la loi et ont droit à une égale protection des lois.»

Et dans l'article 14, on peut lire:

«Les pouvoirs publics veillent à l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard de la femme et assurent la protection et la promotion de ses droits.

Ils prennent, dans tous les domaines, notamment dans les domaines civil, politique, économique, social et culturel, toutes les mesures appropriées pour assurer le total épanouissement et la pleine participation de la femme au développement de la nation.

Ils prennent des mesures pour lutter contre toute forme de violences faites à la femme dans la vie publique et dans la vie privée.

La femme a droit à une représentation équitable au sein des institutions nationales, provinciales et locales.

L'Etat garantit la mise en oeuvre de la parité homme-femme dans lesdites institutions.

La loi fixe les modalités d'application de ces droits.»¹²²

¹²² République démocratique du Congo, « Constitution de la République démocratique du Congo », décembre 2005.

La Constitution de la République Démocratique du Congo, qui a été adoptée par référendum en décembre 2005, est en vigueur depuis le 18 février 2006. Mais déjà dans la Constitution de transition qui date de 2003, le Gouvernement se disait déterminé à défendre la liberté et les droits fondamentaux des femmes ainsi qu'à éliminer toutes les formes de discrimination envers elles. Or, depuis plus que dix années, des dizaines de milliers de femmes et de filles congolaises sont victimes de viols collectifs et d'autres violences sexuelles, qui même après la fin du conflit, se poursuivent avec la même intensité.

La République Démocratique du Congo a adopté un Programme national multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA en 2004. Le Programme est appuyé par la Banque Mondiale, qui ajoute 102 millions de dollars américains à la lutte contre le sida en RDC.

Le ministère de la santé est le principal acteur dans la lutte contre le sida en RDC. À cause d'un manque d'infrastructures et de ressources nécessaires, le gouvernement de la RDC favorise avant tout la prévention, les soins et les activités qui soulignent la participation communautaire, les droits de l'homme et les besoins des personnes vivant avec le VIH/sida.

Pour l'instant, la RDC n'adresse pas la question du genre dans sa réponse nationale au sida. Ils parlent des femmes juste dans un de leurs points prioritaires, dans lequel ils essaient de lutter contre la transmission de la mère à l'enfant.

La RDC a une politique neutre au genre. Elle ne fait pas de différence entre les sexes et n'a pas encore intégré la question du genre dans sa réponse au sida.

Une politique de lutte contre le VIH/sida donne des directives générales pour les différents programmes élaborés. Pour cette raison, c'est extrêmement important que les politiques intègrent la problématique du genre dans chacune de ses composantes. La RDC a encore beaucoup de changements à faire pour pouvoir voir des résultats dans la lutte contre la propagation du virus.

En matière de lutte contre le VIH/sida, il existe aujourd'hui des politiques dans tous les pays africains, mais la réponse au genre, si elle existe, est très limitée et n'amène pratiquement aucun changement dans la vie quotidienne des femmes africaines. Généralement, les politiques nationales contre le sida sont basées sur des principes, sur lesquels on se base pour élaborer des stratégies afin d'aboutir à des buts précis. Or, même si

on trouve généralement un principe qui est spécifique au genre, on pourrait argumenter qu'en fait ce principe devrait être utilisé pour formuler tous les autres principes, au lieu de figurer à côté des autres principes.

Un principe spécifique au genre pourrait amener à la considération du genre comme étant ajouté comme une après-pensée, au lieu d'être le guide de formulation de politiques, programmes ou bien de stratégies. Un moyen par lequel il faudrait commencer est le « mainstreaming ».

Le mainstreaming est « une stratégie visant à intégrer systématiquement la dimension du genre dans l'élaboration des politiques de développement, à toutes les étapes de leur mise en oeuvre et lors de leur évaluation, afin que les pratiques du développement contribuent à accroître l'égalité, de droit et de fait, entre les femmes et les hommes d'une société »¹²³. Il s'agit d'une stratégie qui doit être intégrée dans tous les secteurs, dès la programmation et à toutes les étapes des projets.

Dans les politiques nationales, on parle souvent de « personnes affectées par le VIH/sida ». Pour une approche sensible au genre, ceci n'est pas adéquat, parce qu'ils existent trop de catégories différentes, comme les femmes et les femmes qui prennent soin des malades, les garçons et les filles qui ont perdu un ou deux parents au sida, les filles et les garçons qui sont devenus les chefs de famille... Toutes ces personnes ont des besoins différents. Donc, une approche sensible au genre doit aussi intégrer chacune de ces catégories de personnes qui prennent soin des personnes infectées.

Après un examen selon le genre des réponses nationales contre le sida, nous pouvons conclure que les pays qui sont considérés comme étant des pays modèles dans la lutte contre le sida, ne sont pas nécessairement les pays modèles en matière d'intégration du genre.

Les femmes apparaissent souvent dans des programmes de prévention de transmission du virus de la mère à l'enfant. Elles bénéficient donc de programmes qui touchent à la santé maternelle et infantile, ce qui les réduit au rôle de reproductrice.

Même si les gouvernements prennent les rapports de pouvoir entre les hommes et les femmes en considération, ils ne les remettent pas vraiment en question pour s'attaquer aux

¹²³ Commission femmes et développement, « La prise en compte du genre: Memorandum », p.5., 2003.

structures inégalitaires qui font des femmes des dominées.

Tous les six pays en question se sont engagés à mettre en oeuvre les recommandations du Programme de Beijing de 1995 en signant la déclaration. Nous allons voir dans notre dernière section les progrès et les contraintes par rapport à la mise en oeuvre des recommandations dans ces dix dernières années.

3.3. La mise en oeuvre du Programme de Beijing

Le «rapport d'évaluation sur la santé des femmes» a été écrit suite à la sixième conférence régionale africaine sur les femmes, qui s'est déroulée en 1999 à Addis Abeba en Éthiopie. Il s'agit d'un examen à mi-parcours de la mise en oeuvre des recommandations du programme d'action de Beijing et de la Plate-forme de Dakar. Il tente d'évaluer les progrès réalisés par les pays africains dans la mise en oeuvre des recommandations relatives à la santé des femmes, la planification familiale et les programmes en faveur des populations. En plus, il essaie d'identifier les principales contraintes à la réalisation de certains objectifs prioritaires concernant la santé des femmes. Le rapport a révélé une croissance des taux de mortalité maternelle et une préoccupation face à la quasi absence de volonté politique des Etats africains de lutter contre la pandémie de sida.

Les femmes africaines ont demandé que les programmes de développement, en général, les programmes et les politiques de santé destinés aux femmes, en particulier, soient conçus selon une perspective de genre.

Entre les objectifs stratégiques consignés dans la plate-forme de Dakar et dans le Programme de Beijing, celui qui concerne le VIH/sida est le suivant:

«lancer des initiatives tenant compte des besoins des femmes face aux maladies sexuellement transmissibles, au VIH/SIDA et aux autres problèmes de santé se rapportant à la sexualité et à la procréation»¹²⁴

Le programme a en outre recommandé

«d'accroître le soutien financier à la recherche préventive, biomédicale, comportementale, épidémiologique concernant la santé féminine et aux études sur les services de santé s'adressant aux femmes, ainsi qu'à la recherche sur les causes et conséquences sociales, économiques et politiques des problèmes de santé des femmes, y compris les effets des inégalités entre les sexes et ceux de l'âge»¹²⁵.

Le Programme de Beijing et la Plateforme de Dakar ont recommandé que l'ensemble des questions concernant la santé des femmes soit traité selon une perspective de genre.

L'existence de mécanismes de suivi au niveau du système des Nations Unies, au niveau régional et national permettent d'assurer le suivi de la réalisation des objectifs de la plateforme de Dakar et du programme de Beijing.

Le Rapport sur la santé dans le monde de 1998 constate qu' «on a pratiquement cessé d'investir dans la santé en Afrique». En effet, les secteurs sociaux, y compris celui de santé, ont été particulièrement touchés par l'aggravation des déficits budgétaires : loin de s'accroître, la part du PNB allouée à la santé a diminué. Cette situation explique que les ressources complémentaires requises pour la promotion de la santé, proviennent d'organisations non gouvernementales, de donateurs bilatéraux et internationaux. Compte tenu de la faiblesse des ressources du secteur public, liée à la récession économique et à la réduction des flux de l'aide publique au développement, certaines activités de lutte contre la maladie et de promotion de soins de santé de base, sont devenues tributaires des

124UNAIDS, « Fourth World Conference on Women, Beijing Declaration », Beijing, 1995.

125ibid

financements extérieurs. En Afrique, la coordination de cette aide continue de poser un problème.

La dernière partie du rapport sur la santé des femmes est consacrée aux progrès réalisés. La santé figure dans les domaines prioritaires identifiés dans les plans d'action de trente-quatre des cinquante-trois pays du continent. En outre, plusieurs pays ont révisé leurs politiques et réorienté leurs programmes et leurs activités de santé pour être en mesure de relever les défis de la Plate-forme et du Programme. Malgré les engagements pris par les gouvernements au cours de nombreuses rencontres les possibilités d'accès aux services de santé pour les femmes restent très limitées dans la majorité des pays africains. Dans certains pays, on note même une dégradation de la situation sanitaire des femmes.

La santé des femmes, en tant que domaine spécifique, n'a pas reçu l'attention requise, qu'il s'agisse de programmes de plaidoyer ou de ressources. Il ressort clairement de la présente évaluation que la santé des femmes est souvent interprétée en termes de santé maternelle, ce qui exclut les femmes qui ne sont pas en âge de procréer. La sexualité de la femme, en tant que concept et préoccupation légitime, ne bénéficie encore d'aucune attention.

Cette sixième conférence régionale des femmes africaines a finalement mis le point sur les principales contraintes qui ont entravé ou limité la mise en oeuvre de la Plate-forme de Dakar et du programme de Beijing. Il parle du manque de personnel soignant compétent, du manque d'importance accordée à la prévention, de l'absence de volonté politique, mais aussi de la mondialisation des échanges, de la privatisation des systèmes de santé et du poids de la dette extérieure qui ont sévèrement réduit les ressources permettant aux femmes d'accéder aux services de santé.

L'Afrique est loin d'avoir réalisé des résultats conformes à ses engagements, en raison de la grande confusion qui imprègne encore les termes utilisés dans le domaine de la santé et de l'insuffisante maîtrise des techniques permettant d'appliquer l'analyse de genre à la conception des politiques et des programmes. Compte tenu de la diminution et de la raréfaction des ressources matérielles et financières dont dispose le continent, il conviendrait

de clarifier les concepts afin d'identifier les vrais problèmes et trouver des solutions efficaces.

Pour que les recommandations des Conférences mondiales qui concernent la santé puissent être systématiquement traduites en dispositions et en actions, il importe de veiller à ce que la collaboration intersectorielle (éducation, agriculture, industrie, transport, finances, plan et coopération, environnement et affaires sociales) soit fondée sur les recommandations du Programme d'action de Beijing, du Programme d'action du Caire, du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et d'autres instruments internationaux. Bien que les pays africains aient fait des efforts remarquables dans le domaine de la santé de la femme, il reste encore beaucoup à faire pour que les recommandations du Programme de Beijing puissent être correctement appliquées.

Les recommandations qui ont été faites à propos du sida sont les suivantes:

- adopter des politiques non discriminatoires à l'égard des personnes touchées par le sida
- soutenir ces personnes et leur donner la possibilité d'être prises en charge
- adopter une approche multisectorielle pour la conception des programmes de lutte contre la pandémie de sida et l'allocation des ressources destinées à ces programmes.
- intégrer les questions de sexualité, de planification familiale, de maladies sexuellement transmissibles et de VIH/SIDA dans les programmes de sensibilisation destinés aux populations rurales et urbaines
- promouvoir l'implication des faiseurs d'opinion, des élus et des chefs religieux dans la prise en charge des personnes atteintes du virus VIH/sida et dans les programmes de prévention de cette pandémie

Donc, cinq ans après Beijing, ce qui aurait dû être une période d'application de mesures pour l'égalité entre les sexes à l'échelle mondiale, on peut constater un échec.

En Mars 2005, dix ans après la conférence de Beijing, la Commission de la Condition de la femme des Nations Unies s'est réunie lors de la 49^e session qui a été consacrée au suivi du Programme d'action de Beijing. Le bilan était sombre. Aucun pays n'a rempli la totalité de ses engagements. Les quelques progrès sont presque invisibles face aux

nouveaux problèmes qui ont surgi. Des progrès ont surtout été faits dans le domaine de l'adoption de lois nationales destinées à protéger les femmes contre la violence et la discrimination.

Mais, il reste toujours un grand fossé entre les politiques et les lois et la mise en pratique de ces dernières. La pauvreté en Afrique subsaharienne continue à se féminiser, les violences et les viols faites aux femmes durant les conflits armés sont en augmentation, et bien sûr la féminisation du sida ne sont que quelques exemples qui nous indiquent que le problème est loin d'être réglé. Les droits des femmes ne sont toujours pas garantie dans la majorité des pays pauvres. Les femmes continuent à avoir des difficultés à accéder à la justice, à être informées de leurs droits et à faire quelque chose contre la violation des droits des femmes. Il n'y a pas un seul pays qui a réussi à répondre complètement à tous les domaines critiques du Programme d'action de Beijing.

Quelques mois avant cette 49e session de la Commission de la Condition de la femme des Nations Unies, le Centre africain pour le genre et le développement de la Commission économique pour l'Afrique a tenu sa 7e conférence régionale africaine sur les femmes (Beijing+10) à Addis Abeba en Éthiopie. Le but était l'examen de la mise en oeuvre du Programme d'action de Beijing sur les femmes en Afrique.

Le rapport nous montre qu'en Afrique, des changements en faveur des femmes ont surtout été constatés au niveau national et régional. Donc, les femmes africaines sont plus représentées et plus reconnues au niveau national et régional. Malheureusement, cela ne change rien au niveau de leur vie quotidienne. Surtout les femmes rurales, ont des problèmes d'accès aux ressources productives, comme par exemple la terre, l'eau, l'éducation, la santé, le travail rémunéré et la formation. Nous avons montré plus tôt que le manque d'accès à ces ressources est une des raisons pour la vulnérabilité des femmes face au sida. Les chiffres montrent que même dans les pays où le taux de prévalence est stable ou même en baisse, le taux de prévalence des femmes continue généralement à augmenter. Les gouvernements ont donc constaté lors de ces conférences sur les femmes 10 ans après Beijing, que la simple adoption de lois ne garantit pas l'égalité entre les femmes et les hommes. Il faut mettre fin à la violation de ces lois.

Pour le VIH/sida, grâce à des efforts faits par les gouvernements, mais aussi du secteur public, des partenaires de développement et des ONGs, de plus en plus de personnes sont sensibilisées à la question de cette maladie. Tous les pays africains disposent aujourd'hui d'une Commission nationale de lutte contre le sida. Mais le rapport de la conférence d'Addis Abeba nous montre aussi que la situation des femmes face au sida ne s'est pas améliorée. Le sida continue à avoir des conséquences négatives sur le renforcement du pouvoir économique, la santé, l'éducation et l'exercice des droits humains des femmes africaines. Le Centre africain pour le genre et le développement nous énumère dans son rapport de 2005 les principaux problèmes des gouvernements en matière d'intégration du genre dans les politiques de lutte contre le sida. Nous y pouvons lire que¹²⁶:

- Les gouvernements doivent, de toute urgence, se pencher sur les rapports de force entre les deux sexes afin de protéger les femmes et les filles contre toutes les formes de violence et de permettre aux femmes et aux filles de négocier des rapports sexuels protégés.
- Ils doivent adopter des lois, faire appliquer la législation en vigueur et mener des campagnes de mobilisation et de sensibilisation.
- Ils doivent en particulier mettre en place, faire respecter et contrôler des cadres juridiques stricts permettant de mettre fin à la vulnérabilité des femmes et des filles, ainsi qu'à l'exploitation des orphelins, notamment les filles.

En outre, ils proposent la création d'un fonds pour favoriser l'accès des femmes aux médicaments et la nécessité de trouver des ressources pour que les femmes puissent disposer et avoir accès à des méthodes de prévention contrôlées par des femmes.

Or, même si des efforts ont été faits dans la mise en oeuvre du Plan d'action de Beijing, le bilan de la Conférence de 2000 et celui de la conférence de 2005 ne montre pas de développements importants. Donner des droits aux femmes est une chose, mais les informer de ces droits, et surtout les respecter, en est une autre.

¹²⁶UNECA, «Septième Conférence régionale africaine sur les femmes (Beijing + 10) : Evaluation décennale de la mise en oeuvre de la Plate-forme d'action de Dakar et du Programme d'action de Beijing: Résultats et Perspectives», Addis Abeba, 2004.

CONCLUSION

Aujourd'hui, presque 60%¹²⁷ des adultes infectés par le VIH/SIDA en Afrique sont des femmes et des jeunes filles, et depuis des années, ce taux est en constante augmentation. Paradoxalement, les institutions internationales, les gouvernements et tous les acteurs du développement ont accordé une place au terme « genre » dans leurs discours politiques. L'intégration du genre dans les politiques de lutte contre le sida est d'une importance primordiale pour lutter contre la féminisation de la pandémie. Mais il ne s'agit pas d'une simple intégration du terme « genre » dans le vocabulaire. Il ne s'agit pas d'en faire usage parce que c'est un terme qui est devenu courant, parce qu'il est à la mode. Jeanne Bisilliat explique que « le terme genre est intégré dans le vocabulaire utilisé pour élaborer les politiques de coopération internationale alors que le concept genre est encore mal compris »¹²⁸ Intégrer le genre dans les politiques de lutte contre le sida, c'est « analyser les rapports sociaux entre les sexes et de remettre en cause l'inégalité structurelle entre les hommes et les femmes »¹²⁹.

Le mot « genre », comme on le définit communément au niveau international, se réfère aux rôles, construits socialement, attribués aux hommes et aux femmes. Ces rôles changent continuellement et varient d'une société à l'autre, mais aussi à l'intérieur d'une même société. Pour adopter une approche qui prend en compte le genre, il est donc nécessaire de tenir compte de ces rapports sociaux en changement constant, mais aussi de la manière dont ces rôles socialement définis favorisent ou défavorisent les femmes et les hommes. Selon Niang Diallo, « il faudra tenir compte du vécu quotidien des femmes, les débarrasser au plus vite des contraintes et des pesanteurs qui les entravent et qui les maintiennent dans un statut de victimes désignées du VIH/sida »¹³⁰.

127ONUSIDA, «Rapport sur le sida dans le monde, 2006», 2006

128Jeanne Bisilliat, «Intégration du genre dans la politique française de coopération: bilan et perspectives», 2001.

129Ibid.

130Salimata Niang Diallo, «Les besoins ignorés des femmes africaines dans la lutte contre le sida», 1999, p.243.

Les institutions internationales et les gouvernements africains ont avant tout opté pour la prévention dans leur réponse au sida. La méthode ABC (s'abstenir, être fidèle et utiliser des préservatifs) est très répandue, étant une des méthodes les moins coûteuses. Mais pour lutter contre la féminisation du sida, cette méthode est loin d'être efficace. Les femmes sont rarement dans la position de négocier des relations sexuelles protégées. Comme Rao Gupta le précise:

« We know that physical violence, the threat of violence, and the fear of abandonment act as significant barriers for women who have to negotiate the use of a condom, discuss fidelity with their partners, or leave relationships that they perceive to be risky. »¹³¹

Même si le changement des comportements sexuels des femmes et des hommes est un élément important dans la lutte contre le sida, il n'est pas suffisant. Selon Niang Diallo, il faut améliorer les conditions socioculturelles et économiques des femmes avant de songer à les éduquer¹³². La base du problème de la propagation rapide du sida chez les femmes est le fait qu'elles ne disposent pas du pouvoir de décision en ce qui concerne leur corps et leur sexualité.

Dans le tableau ci-dessous, nous avons résumé les rôles et responsabilités des hommes et des femmes tels que définis dans de nombreuses sociétés africaines. Cette répartition des rôles représente l'image répandue des rapports sociaux entre les femmes et les hommes en Afrique.

Tableau C.1.

¹³¹GUPTA, Geeta Rao, « Gender, sexuality, and HIV/AIDS: the what, the why, and the how », 2000, p.3.

¹³²Ibid, p.243.

Rôles et responsabilités des hommes et des femmes africaines

	<i>HOMMES</i>	<i>FEMMES</i>
Fonction	Production	Reproduction et production
Espace d'évolution	À l'extérieur du foyer	Au foyer familial et à l'extérieur (selon les cas)
Responsabilités	Entretien du ménage	Travaux domestiques Education des enfants Selon le cas, participation à l'entretien du ménage par des activités rémunératrices ou par l'aide au mari
Statut social, juridique et politique	Élevé	Précaire
Scolarisation	Accès facile	Accès difficile
Statut économique	Contrôle des ressources	Dépendance ou accès à des ressources généralement inférieures à celles des hommes
Relation de pouvoir	Pouvoir de décision	Obéissance
Relations sexuelles	Sexualité dominante	Sexualité passive

Ce tableau montre bien la position inférieure des femmes par rapport aux hommes dans la société africaine. L'intégration du genre dans une politique de lutte contre le sida vise à lutter contre cette soumission et cette invisibilité des femmes, pour leur donner un pouvoir de décision sur leur propre vie.

La représentation stéréotypée des femmes africaines, de leur rôle et de leurs responsabilités dans la société, avec des contraintes juridiques, politiques, sociales et culturelles, contribue fortement à une construction sociale des inégalités de rapports entre hommes et femmes, ce qui rend les femmes plus vulnérables au VIH/Sida.

Or souvent, les politiques de lutte contre le sida reproduisent ces rapports de force inégaux entre les femmes et les hommes, en continuant à voir les femmes comme des victimes et les hommes comme les dominants.

Les déterminants de la vulnérabilité des femmes à l'infection du VIH/sida dépassent le domaine de la santé et comprennent entre autres le manque d'accès à l'éducation, le faible statut social et économique des femmes, le mariage précoce des jeunes femmes, et le fait que la sexualité des femmes est souvent hors de leur contrôle.

Le droit à l'éducation est loin d'être universel. Des milliers de filles ne sont pas scolarisées et sont élevées à être épouse et mère et se retrouvent vite dans le schéma des rôles et responsabilités présenté dans le tableau ci-dessus.

Pour équilibrer la balance des rapports sociaux entre les hommes et les femmes, il est nécessaire d'appliquer une approche basée sur l'empowerment des femmes. Pour arrêter la propagation disproportionnée de l'infection chez les femmes il faudrait que les femmes aient le pouvoir de décider quand, avec qui et comment des relations sexuelles ont lieu, et que cette décision soit respectée.

Pour des raisons d'exclusion économique, sociale et culturelle, les stratégies actuelles de prévention du VIH, à savoir l'abstinence, la monogamie, le recours au préservatif, la limitation des partenaires et le traitement des infections sexuellement transmissibles, ne sont pas réalistes pour un grand nombre de femmes puisqu'elles ne sont souvent pas en mesure de négocier avec leur partenaire des relations sexuelles sans risque. La simple information, alors que nécessaire, n'est pas suffisante. Il s'agit de passer à l'« empowerment » des femmes.

Les rapports de force jouent un rôle crucial dans la situation des femmes africaines. Une politique de lutte contre le sida appropriée intègre le genre en s'efforçant de redéfinir les rôles attribués par la société aux hommes et aux femmes ainsi que les relations entre les hommes et les femmes. Les meilleures stratégies de prévention au sida ne sont pas efficaces, si elles continuent à voir les femmes comme subordonnées aux hommes. Même les femmes

les plus informées sur le sida ne vont pas pouvoir imposer à leurs partenaires sexuels l'utilisation d'un préservatif, si elles doivent craindre d'être victimes d'actes de violence.

Nous disposons depuis un certain temps du « préservatif féminin », qui est une option de protection sous le seul contrôle des femmes. Mais malheureusement, son utilité est très limitée, premièrement par son coût et deuxièmement, par les attitudes négatives des hommes.

La recherche sur les microbicides, qui permettent aux femmes de se protéger du sida sans avoir à réclamer le port du préservatif à leurs partenaires, est extrêmement lente. Une fois au marché, il faut que ce moyen de protection pour les femmes soit accessible, à un prix abordable, et que les femmes ont l'information nécessaire ainsi que le pouvoir de l'utiliser.

Il reste des lacunes importantes en matière d'intégration du genre dans les politiques de lutte contre le sida. Les gouvernements africains et les institutions internationales ont adopté le terme « genre » dans leurs politiques. Mais pour parler d'une véritable intégration du concept, il reste encore beaucoup à faire.

La faible présence, ou même l'absence, du concept genre dans les politiques nationales de lutte contre le sida en Afrique favorise l'augmentation du nombre de femmes infectées par le virus.

Il est temps pour les gouvernements et les organisations internationales de passer effectivement à l'action. Dans leurs discours, ils utilisent de manière constante le conditionnel pour nous montrer ce qu'ils « devraient » faire et ce que « pourrait » aider les femmes à améliorer leurs conditions de vie et leur bien-être. Or, les résultats effectivement réalisés nous montrent que sur le terrain, leurs politiques sont mal appliquées. Les femmes continuent à souffrir et le nombre de celles qui sont infectées par le VIH/sida ne cesse pas de croître.

Un des problèmes les plus importants est que les actions en matière de sida se réalisent à un rythme trop lent par rapport à la vitesse de propagation du virus. Les pays du Nord « devraient » commencer à tenir leurs promesses en matière de versements de fonds,

les institutions internationales « devraient » commencer à transformer les discours en actions réelles et les gouvernements nationaux « devraient » accorder une plus grande importance à leur population féminine.

ANNEXE 1

TABLEAU THÉMATIQUE: LES RÉPONSES NATIONALES AU SIDA

	SENEGAL	UGANDA	RDC
Premier cas d'infection au VIH découvert	1986	1982	1983
Année de la réponse gouvernementale	1986	1986	1983
Éléments clés de la politique nationale sur le sida	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention • Prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH/sida 	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention basée sur le changement de comportement sexuel 	Prévention, basée sur <ul style="list-style-type: none"> • la distribution de préservatifs, • la distribution gratuite d'antirétroviraux dans plusieurs zones du pays, • le renforcement des capacités des structures de prises en charge et de leurs personnels.
Approche utilisée	<ul style="list-style-type: none"> - Approche multisectorielle 	<ul style="list-style-type: none"> - Approche sanitaire - Approche multisectorielle (à partir de 1990) 	<ul style="list-style-type: none"> - Approche sanitaire - Approche multisectorielle (à partir de 2004)
Organes et année de création	<ul style="list-style-type: none"> - Conseil National de lutte contre le sida (1986) 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité National de prévention du sida (en 1986) - Uganda AIDS commission (1992) 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité national de lutte contre le Sida (en 1984) - Bureau central de coordination (1987)

	<i>SENEGAL</i>	<i>UGANDA</i>	<i>RDC</i>
Programmes	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de développement sanitaire et social (1998-2007) - Programme de développement intégré de la santé - Programme national de lutte contre le SIDA (1986) 	<ul style="list-style-type: none"> - Projet National de Contrôle du sida (en 1987) - Campagne de sensibilisation (1987) - Cadre stratégique national pour les activités de lutte contre le sida (2000-2005) - Création de « AIDS control programs » dans les 12 ministères clés 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan stratégique de lutte contre le sida (1999) - Programme national multisectoriel de lutte contre le sida (2004)
Actions ayant favorisé la lutte contre le sida	<ul style="list-style-type: none"> - Bonne politique sanitaire - Existence d'un Bureau National de lutte contre les IST depuis 1978 - Légalisation de la prostitution en 1969 - Dépistage systématique depuis 1986 - Mobilisation de la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> - Décentralisation du système de santé (1997) - Mobilisation de la communauté 	S/o

ANNEXE 2

TABLEAU THÉMATIQUE: LES RÉPONSES NATIONALES AU SIDA (suite)

	<i>AFRIQUE DU SUD</i>	<i>BOTSWANA</i>	<i>ZIMBABWE</i>
Premier cas d'infection au VIH découvert	1982	1985	1985
Année de la réponse gouvernementale	1992	1992	1987
Éléments clés de la réponse nationale au sida	<ul style="list-style-type: none"> - Prévention - Traitement, - Soins - Recherche - Droits humains 	<ul style="list-style-type: none"> - Prévention - Réduction de l'impact personnel et psycho-social du VIH/sida - Prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH/sida - Information de la population - Suivi et évaluation - Fourniture d'anti-rétroviraux 	<ul style="list-style-type: none"> - Prévention basée sur l'information et le changement de comportement, le respect des droits humains, des soins adéquats, l'intégration du genre ainsi que l'importance de la recherche - Introduction d'un impôt de 3% sur tous les revenus imposables pour appuyer le financement des activités nationales sur le VIH et le sida
Approche utilisée	<ul style="list-style-type: none"> - Approche sanitaire - Approche multisectorielle à partir de 2000 	<ul style="list-style-type: none"> - Approche multisectorielle - Approche internationale des droits humains 	<ul style="list-style-type: none"> - Approche multisectorielle
Organes et année de création	<ul style="list-style-type: none"> - National Aids Committee of South Africa (NACOSA) (1992) - Conseil National sud-africain du sida (SANAC) (2000) 	<ul style="list-style-type: none"> - Conseil National du Sida (1989) - Agence Nationale de Coordination du sida (NACA) (en 1999) 	<ul style="list-style-type: none"> - Conseil National Multisectoriel du sida (2000)

	<i>AFRIQUE DU SUD</i>	<i>BOTSWANA</i>	<i>ZIMBABWE</i>
Programmes	<ul style="list-style-type: none"> - Plan stratégique contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles (2000-2005) - Campagne nationale de traitement gratuit (2003) 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan à court terme (1987-1989) basé sur l'information de la population - Plan à moyen terme (1990-1995) concentré sur le secteur de la santé - Plan stratégique national sur le VIH et le sida (2003-2009) 	<ul style="list-style-type: none"> - Programme National de Coordination du sida (1987) - Cadre stratégique national (1999-2004)
Actions ayant favorisé la lutte contre le sida	S/o	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilisation de la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> - Un des premiers pays dans le monde à avoir eu un système d'analyse de sang - Mobilisation de la communauté

ANNEXE 3

TABLEAU THÉMATIQUE:

**L'INTÉGRATION DU GENRE DANS LES RÉPONSES
NATIONALES AU SIDA**

	<i>SENEGAL</i>	<i>UGANDA</i>	<i>RDC</i>
<p>Actions générales en faveur des femmes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adoption de lois contre l'excision, la violence conjugale, et le harcèlement sexuel - Adoption en janvier 2001 d'une nouvelle loi fondamentale qui a constitutionnalisés les droits fondamentaux de la femme - Le Code pénal sénégalais a été révisé dans le sens de l'aggravation des peines relatives aux atteintes à l'intégrité corporelle de la femme et également au harcèlement sexuel, à l'excision et au viol. - Égalité devant la loi de tous les citoyens 		<ul style="list-style-type: none"> - Programme d'action pour la participation politique des femmes - Projet de loi sur les relations conjugales qui traite de la polygamie, du prix de la dot, de la cohabitation, du viol de la femme par son époux et de la mutilation génitale de la femme 	<ul style="list-style-type: none"> - Égalité devant la loi de tous les citoyens congolais

	<i>SENEGAL</i>	<i>UGANDA</i>	<i>RDC</i>
<p>Approche utilisée (modèle de Gupta) pour l'intégration du genre dans la politique de lutte contre le sida</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Approche adaptée au genre - Approche qui renforce les stéréotypes existants - Information des femmes sur le sida, les moyens de transmission et les moyens de prévention - Accent mis sur la prévention de la transmission mère-enfants 	<ul style="list-style-type: none"> - Approche neutre au genre - Approche qui renforce les stéréotypes existants - Utilisation de la méthode ABC qui ne cible ni les femmes, ni les hommes, mais la population en général - Le programme d'abstinence ne prend pas en considération que la sexualité de la majorité des femmes est contrôlée par les hommes - Le MACA (Multisectoral approach to control HIV/aids in Uganda), qui a été développé en 1993, et qui depuis a servi comme base pour élaborer les programmes suivants, ne mentionne même pas les inégalités entre les sexes dans ses principes directeurs, ses buts et ses stratégies. 	<ul style="list-style-type: none"> - Approche neutre au genre - La RDC ne fait pas de différence entre les sexes et n'a pas encore intégré la question du genre dans sa réponse nationale au sida.

ANNEXE 4

TABLEAU THÉMATIQUE:

L'INTÉGRATION DU GENRE DANS LES RÉPONSES NATIONALES AU SIDA (suite)

	<i>AFRIQUE DU SUD</i>	<i>BOTSWANA</i>	<i>ZIMBABWE</i>
Actions générales en faveur des femmes	<ul style="list-style-type: none"> - La Constitution de l'Afrique du Sud parle de « citoyens » et ne fait donc pas de différence entre leur sexe en matière de droits. 	<ul style="list-style-type: none"> - La Constitution garantit des droits égaux pour les femmes et pour les hommes 	<ul style="list-style-type: none"> - l'acte de l'âge légal de majorité à 18 ans, qui a été prononcé en 1982
Approche utilisée (modèle de Gupta) pour l'intégration du genre dans la politique de lutte contre le sida	<ul style="list-style-type: none"> - Approche adaptée au genre - Un principe directeur du plan national de lutte contre le sida est que la position vulnérable des femmes dans la société doit être adressée afin que les femmes ne souffrent pas de discrimination ou restent incapables de prendre toutes les mesures pour prévenir l'infection du VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> - Approche adaptée au genre - Approche qui a comme but l'empowerment des femmes - Plan stratégique limite la priorité d'action sur des problèmes spécifiques du viol et de la violence sexuelle sans préciser la vulnérabilité des femmes face à l'infection du sida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Approche neutre au genre - Approche qui renforce les stéréotypes existants - Utilisation de la méthode ABC qui ne cible ni les femmes, ni les hommes, mais la population en général - la constitution du Zimbabwe continue à voir les femmes comme des mineures sur la base de la loi coutumière.

	AFRIQUE DU SUD	BOTSWANA	ZIMBABWE
		<p>- le mainstreaming du VIH/sida et du genre dans les plans stratégiques de chaque secteur</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inclusion dans le projet et mise en oeuvre des interventions ciblant les femmes 2. empowerment économique 3. droits d'héritage et statut légal des femmes 4. les inégalités de pouvoir dans les relations de genre 5. l'éducation des femmes 6. l'éducation et la promotion de l'égalité entre les sexes <p>- participation plus élevée des femmes dans les Programmes de prévention contre la transmission de mère à enfant</p>	

BIBLIOGRAPHIE

A. PUBLICATIONS GOUVERNEMENTALES ET INTERNATIONALES:

Banque Mondiale , « Les inégalités fondées sur le genre nuisent au développement », in *Genre et développement économique: vers l'égalité des sexes dans les droits, les ressources et la participation*, Banque Mondiale, 2003, pp 75 – 110

<http://wbln0018.worldbank.org/EXT/French.nsf/0/66102DEA0D4D19C785256DA30059417D?Opendocument>

Banque Mondiale, « Intensifier la lutte contre le sida en Afrique. Faire face à une crise de développement », Banque Mondiale, Washington D.C.: 2000.

Banque Mondiale, «La lutte contre le VIH/SIDA en Ouganda», Banque Mondiale, Washington D.C.: 2006.

Commission économique pour l'Afrique, « Rapport d'évaluation: Les femmes et la sante », CEA, 1999

http://www.uneca.org/eca_resources/cdroms/status_of_african_women/fulltext/french/sante/sante_fm.PDF

Commission économique pour l'Afrique, « La dimension féminine du VIH/sida en Afrique », CEA, 2004.

Commission européenne, «Intégration de l'égalité entre les femmes et les hommes dans la coopération au développement», Commission Européenne, septembre 2003.

FNUAP, « Prévenir le VIH dès maintenant: Prise en compte des perspectives du genre dans la prévention du VIH», 2002

Fonds Mondial de lutte contre le sida, « Rapport d'activités », janvier 2005

G8, « Communiqué du G8-Okinawa », 2000

http://www.canadianheritage.gc.ca/progs/ai-ia/ridp-irpd/02/okinawa_f.cfm

Groupe thématique ONUSIDA Sénégal, « Lutte contre le sida, meilleures pratiques : l'expérience sénégalaise », Juin, 2001.

National AIDS coordination Agency, «Botswana 2003 second generation HIV/Aids surveillance», Gaborone, Botswana: 2003.

<http://www.achap.org/downloads/Sentinel.pdf>

National AIDS coordination Agency, « National HIV/Aids Strategic framework 2003-2009», Botswana: 2003.

<http://hivinsite.ucsf.edu/pdf/cr09-bc-01.pdf>

National AIDS council of Zimbabwe, «The HIV and AIDS epidemic in Zimbabwe: Where are we now, where are we going?», Zimbabwe, 2004.

http://www.synergyaids.com/documents/ZimbabweAim_4_30_04.pdf

ONUSIDA, «Les femmes et le sida», Le point sur l'épidémie de sida, décembre 2004.

Organization for economic cooperation and development, «Guidelines for gender equality and women's empowerment in Development Cooperation», OECD, 1999, Paris.

République de l'Afrique du Sud, « HIV/Aids strategic plan for South Africa 2000-2005», février 2000.

République de l'Afrique du Sud, «Presidential AIDS advisory panel report », Mars 2001.

- République de l'Afrique du Sud, «Operational plan for comprehensive HIV and aids care, management and treatment for South Africa», Novembre 2003.
- République de l'Afrique du Sud, «South African cities and HIV/aids: challenges and responses», 2004.
- République de l'Afrique du Sud, «Progress Report on Declaration of Commitment on HIV and AIDS», février 2006.
- République du Botswana, «Botswana National Strategic Framework for HIV/AIDS 2003-2009», Gaborone, Botswana , 2003.
- République de l'Ouganda, « The National strategic framework for HIV/aids activities in Uganda 2000/1-2005/6 », Mars, 2000.
- République de l'Ouganda, Ministère de la Santé, « Health sector strategic plan 2000/01-2004/05 », 2000.
- République démocratique du Congo, « Constitution de la République démocratique du Congo », décembre 2005.
- République démocratique du Congo, « Plan d'action 2004 du Ministère de la santé », Mars 2004.
- République démocratique du Congo, « Plan directeur de développement sanitaire », Février 2001.
- République démocratique du Congo, « Politique Nationale de la Santé », Décembre 2001.
- République démocratique du Congo, « Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS), Plan directeur, 2002-2004 », 2002.

République du Sénégal, Conseil national de lutte contre le sida, « Plan stratégique de lutte contre le sida (2002-2006) », <http://www.undp.org.sn/docs/onusida.PDF>

République de Zimbabwe, « National Policy on HIV/AIDS for Zimbabwe 1999 », Zimbabwe, 1999.
http://www.youthpolicy.com/Policies/Zimbabwe_National_Policy_on_HIV_AIDS.cfm

Uganda AIDS Commission, « The multi-sectoral approach to AIDS control in Uganda », février 1993.

Uganda AIDS Commission, « Uganda country report », Mars 2003.

Uganda AIDS Commission Secretariat, « HIV/Aids in Uganda: The epidemic and the response », 2002.

UNAIDS, « Accelerating action against AIDS in Africa », UNAIDS, Genève: 2003.

UNAIDS, « Agir vite pour prévenir le sida: le cas du Sénégal », UNAIDS, Genève : 2000.

UNAIDS, « Epidemiological fact sheets on HIV/Aids and sexually transmitted infections: Botswana », UNAIDS, 2004.

UNAIDS, « Epidemiological fact sheets on HIV/Aids and sexually transmitted infections: Democratic Republic of the Congo », UNAIDS, 2004.

UNAIDS, « Epidemiological fact sheets on HIV/Aids and sexually transmitted infections: Senegal », UNAIDS, 2004.

UNAIDS, « Epidemiological fact sheets on HIV/Aids and sexually transmitted infections: South Africa », UNAIDS, 2004.

UNAIDS, « Epidemiological fact sheets on HIV/Aids and sexually transmitted infections: Uganda », UNAIDS, 2004.

UNAIDS, « Epidemiological fact sheets on HIV/Aids and sexually transmitted infections: Zimbabwe », UNAIDS, 2004.

UNAIDS, « Fourth World Conference on Women, Beijing Declaration », Beijing, 1995.

UNAIDS, « Gender and AIDS Almanac », UNAIDS, 2001.

UNAIDS, « Gender and HIV/aids: Taking stock of research and programmes », UNAIDS, 1999.

UNAIDS, « Guide pour le processus de planification stratégique de la réponse nationale contre le VIH/sida », UNAIDS, Genève, 1998.

UNAIDS, « Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2004 », 4e Rapport Mondial », UNAIDS, 2004.
<http://www.unaids.org/en/default.asp>

UNAIDS, « Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2006 », Édition spéciale 10e anniversaire ONUSIDA, UNAIDS, Mai 2006.

UNAIDS, UNFPA, UNIFEM, « Women and HIV/aids, confronting the crisis », UNAIDS, UNFPA, UNIFEM, 2004.
http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/308_filename_women_aids1.pdf

UNAIDS, WHO, « Le point sur l'épidémie de sida », UNAIDS, WHO, décembre 2005.

UNDP, « Supporting National HIV responses », UNDP, Avril, 2004.

UNECA, «Septième Conférence régionale africaine sur les femmes (Beijing + 10) : Evaluation décennale de la mise en oeuvre de la Plate-forme d'action de Dakar et du Programme d'action de Beijing: Résultats et Perspectives», Addis Abeba, 2004.

UNIFEM, «HIV/aids- a gender equality and human rights issue»
http://www.unifem.org/gender_issues/hiv_aids/at_a_glance.php

United Nations, « 2004 Update, Senegal », UN, December 2004.

United Nations, «Déclaration d'engagement sur le VIH/sida», United Nations, New York, 2001.

United Nations, «Plate-forme d'action africaine: Adoptée par la cinquième Conférence régionale africaine sur les femmes, tenue à Dakar du 16 au 23 novembre 1994 », New York, 1995.

United Nations, « Sida : les promesses de dons au Fonds mondial couvrent déjà la moitié de ses besoins pour 2006-2007», 2005.
<http://www.un.org/apps/newsFr/storyF.asp?NewsID=10999&Cr=sida&Cr1=fonds>

United Nations Population Fund, « Prévenir le VIH dès maintenant: Prise en compte des perspectives du genre dans la prévention du VIH», in Brèves-Programmes, vol.4, FNUAP, New York: 2002.
www.unfpa.org/hiv/prevention/documents/hivprev4_fre.pdf

World Health Organization, «Country Information: Zimbabwe», 2004.
<http://www.who.int/countries/zwe/en/>

World Health Organization, «Integrating gender into HIV/AIDS Programmes», WHO, 2003.
www.who.int/entity/gender/hiv_aids/en/Integrating%5B258KB%5D.pdf

World Health Organization, «Epidemiological factsheet on HIV/Aids in Botswana», 2004.

World Health Organization, «Epidemiological factsheet on HIV/Aids in Zimbabwe», 2004.

World Health Organization, «Activité de l'OMS 1992-1993 », 1993.

B. AUTRES DOCUMENTS:

Act Up Paris, «Fonds mondial, état des lieux pas très joyeux», in *Action 93* , mai 2004

Agence intergouvernementale de la francophonie, « Égalité des sexes et développement : Concepts et terminologie »
<http://cifdi.francophonie.org/genre/femmesl.pdf>

AIDS Policy Research Center , HIV/AIDS in Zimbabwe, AIDS Policy Research Center, University of California San Francisco , octobre 2003.

Alfonsi, Gilles, « Tous responsables », in *Sida, ordre et désordre du monde*, Éditions Golias, Villeurbanne:2002. pp.39-76

Annan, Kofi, « Ne pas abandonner face au sida », in *Washington Post*, Jeudi, 29 novembre 2001.

Becker, C., Dozon, J-P., C. Obbo et Touré, M. (sous la direction), *Vivre et penser le sida en Afrique*, Paris, CODESRIA-Karthala-IRD, 1996.

Benaria, Lourdes et Gita Sen, « Accumulation, reproduction et rôle des femmes dans le développement économique: Esther Boserup révisité », *Cahiers Genre et Développement* N°2 2001, Paris: L'Harmattan, 2001. pp. 97-110

Berer, Marge & Ray, Sunanda (dir.), *Les femmes et le VIH/SIDA : un ouvrage international de référence*, Londres, Women and HIV/AIDS Project, 1994.

Bermejo, Alvaro, «HIV/aids in Africa: an international response», in *New Economy*, 2004.

Berrebi, Alain, «Le sida au féminin», Groupe Liaisons .S.A., Rueil-Malmaison: 2001.

Bessis, Sophie, « Genre et développement : Théories et mises en œuvre des concepts dans le développement. L'approche genre et les organisations internationales, du discours à l'action. », Colloque international *Genre, populations et développement en Afrique* », Abidjan, juillet 2001.

http://www.ined.fr/rencontres/colloques/coll_abidjan/publis/pdf/session1/bessis.pdf

Bisilliat, Jeanne, «Intégration du genre dans la politique française de coopération: bilan et perspectives», 2001

Bisilliat, Jeanne, « Le Genre : un outil nécessaire – introduction à une problématique », *Cahiers Genre et Développement* No1, dirigé par J Bisilliat et C Verschuur, l'Harmattan, 2000.

Bisilliat, Jeanne, « Regards des femmes sur la globalisation : Approches critiques », Paris : Karthala, 2003.

- Bok, Marcia, et Julio Morales, «The "Feminization" of the AIDS Pandemic», in *Journal of HIV/AIDS Prevention & Education for Adolescents & Children*, Vol. 5(3/4) 2003, pp.151-163, The Haworth Press, 2003.
- Boserup, Esther, « Women's Role in Economic Development », Londres: 1970.
- Calamitsis, Evangelos A., « Le nécessaire renforcement des politiques nationales et de l'aide internationale », in *Finances & Développement*, Décembre 2001.
- Caldwell, John C., «Rethinking the African Aids epidemic», in *Population and development review*, 26 (1), Mars 2000, pp. 117-135.
- Center for Strategic and International Studies, «Botswana's strategy to combat HIV/AIDS», Conference Report of the CSIS Task Force on HIV/AIDS, Washington: 2004.
- Center for the Study of AIDS, «HIV/AIDS and human rights in Botswana», Université de Pretoria, Pretoria: 2004.
- Cloutier, Luce et Yolande Pelchat, «Femmes, rapports sociaux de sexe et strategie de developpement en Afrique de l'ouest», Québec: 1993.
- Commission femmes et développement, «La prise en compte du genre: Memorandum», Bruxelles, 2003.
- Craig Huber, Sallie et Narathius Asingwire, « Mid Term Review of The National Strategic Framework for HIV/AIDS Activities in Uganda:2000/1 – 2005/6 », République de l'Ouganda, Décembre 2003.

Dagenais, Huguette, « Méthodologie féministe pour les femmes et le développement : Concepts, contextes et pratiques », dans *L'égalité devant soi : sexes rapports sociaux et développement international*, sous la dir. De Marie France Labrecque, Ottawa : CRDI :1994.

De Beauvoir, Simone, « Le deuxième sexe », Paris: Gallimard,1976.

Delphy, Christine, 1991. «Penser le genre: quels problèmes?», in M.C. Hurtig, M. Kail et H. Rouch, *Sexe et genre. De la hiérarchie entre les sexes*. Paris: CNRS

Essex, Max, Souleymane Mboup, Phyllis J. Kanki, Mbowe R. Kalengayi, « Aids in Africa », Raven Press, New York: 1994.

Fleshman, Michael, « Sida : les jeunes africaines menacées « d'extinction » », article tiré du site internet www.afrik.com, 1^{er} décembre 2004.

Gellman, Barton, « Quand l'OMS refusait les trithérapies », *Courrier international* N° 538, 22/02/2001

Gibson C.H., « A concept analysis of empowerment », *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361, 1991.

Gupta, Geeta Rao, « Gender, sexuality, and HIV/AIDS: the what, the why, and the how », *International Center for Research on Women (ICRW)*, USA , 2000.

Gupta, Geeta Rao, « Luncheon remarks on women and AIDS », *International Center for Research on Women (ICRW)*, USA , 2005.

Hinrichsen, Don, « Botswana struggles to overcome the woest AIDS rate in the world », Francistown—Botswana: April 2001
<http://www.unfpa.org/focus/botswana/struggles.htm>

Hoffman, Elisabeth et Kamala Marius-Gnanou, « L'intégration de la dimension genre dans une intervention de développement: mythe ou réalité? », journée d'études « *Genre, inégalités et territoires* » du 24 mai 2002, Regards, Maison des Suds, Bordeaux.

Human Rights Watch, « Just Die Quietly: Domestic Violence and Women's Vulnerability to HIV in Uganda ». New York, 2003.

Human Sciences Research Council, « An audit of HIV/aids policies in Botswana, Lesotho, Mozambique, South Africa, Swaziland and Zimbabwe », HSRC Publishers, Cape Town, South Africa, 2004.

http://www.hsrcpublishers.ac.za/user_uploads/tblPDF/1926_00_Audit_HIVAI_DS_Policies.pdf

Institut de formation et d'appui aux initiatives de développement, « Introduction aux fondements et aux enjeux de l'intégration du genre dans la recherche et les stratégies de développement. », extrait d'un classeur d'outils pédagogiques réalisé en 2001 par une équipe coordonnée par l'Ifaid

http://www.genreenaction.net/article.php3?id_article=221&var_recherche=genre+et+dE9veloppement

Karim, Salim, Quarraisha Karim, « HIV/aids in South Africa », Cambridge University Press, New York, 2005.

Labrecque, Marie-France, « Les femmes et le développement : de qui parle-t-on au juste? », in *Recherches féministes*, vol.4, N°2, 1991. pp. 9-24

Low-Beer, D. et R. Stoneburner. « Behavior and Communication Change in Reducing VIH: Is Uganda Unique? » in *African Journal of AIDS Research*, 2(1), 2003. pp. 9-21.

Marindo, Ravai, Steve Pearson et John B. Casterline, « Condom Use and Abstinence Among Unmarried Young People in Zimbabwe: Which Strategy, Whose Agenda? », Population Council 2003.
http://www.synergyaids.com/documents/PopC_Zimbabwe_Condom_Abst.pdf

Mbengue, Cheikh, « Funding and implementing HIV/AIDS activities in the context of decentralization: Ethiopia and Senegal », Special Initiates Report No.34.
 Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc., février 2001.

Mukasa Monico, Sophia, Erasmus Otolok Tanga, et Augustus Nuwagaba, « Uganda: HIV and AIDS-related Discrimination, Stigmatization and Denial », UNAIDS: Geneva, 2001.

Mwaura, Peter, « Innover dans la lutte contre le sida », in *Afrique relance*, Vol. 12 No. 4, Nations Unies, Avril 1999.

Niang Diallo, Salimata, « Les besoins ignorés des femmes africaines dans la lutte contre le sida », in *Pluralité et convergences*, sous la direction de Huguette Degenais, Montréal: Editions de remue-ménage, 1999. pp. 243-258

Okware, Sam *et al.*, « Fighting HIV/AIDS: is success possible? », in *Bulletin of the World Health Organisation*, vol. 79, no. 12, pp. 1113-1120, 2001.

Oxaal, Zoë et Sally Baden, « Gender and empowerment: definitions, approaches and implications for policy », *Institute of Development Studies*, Grande-Bretagne: Octobre 1997.

Putzel, James, « Institutionalising an emergency response: HIV/AIDS and governance in Uganda and Senegal »
 Submitted to the Department for International Development: London: Mai 2003.
www.crisisstates.com/download/HIV/Putzel.pdf

Putzel, James, «The global fight against AIDS: how adequate are the national commissions?»,
Journal of International Development. Chichester: Nov 2004. Vol. 16, Iss. 8;
p. 1129

Reeves, Hazel et Sally Baden, «Gender and Development: Concepts and Definitions»,
Institute of Development Studies, Grande-Bretagne: Février 2000.

RENAPAS (Rencontre nationale avec le peuple de l'Afrique du Sud), «Femmes
d'Afrique du Sud : vers la complète parité ?», 7 août 2005,
http://renapas.rezo.net/article.php3?id_article=124

Ryckmans, Hélène, «La formation en genre : pratiques et enjeux dans les projets et
politiques de développement en Afrique francophone», Colloque international
Genre, population et développement en Afrique, Abidjan, 16-21 juillet 2001.

Scott, Joan, «Genre, une catégorie utile d'analyse historique», in *Les cahiers du Grif*,
37-38, printemps 1988, p. 125-53.

SIDA studies, «Discussing women's empowerment: Theory and practice», in *Sida
studies* 3, 2001.
<http://www.eldis.org/static/DOC10457.htm>

Snyder, Margaret et Mary Tadesse , «African women and development, a history»,
Londres: Zed Books, 1995.

Southern African development Community, «National and sector HIV/aids policies in
the member states of the Southern African development community»,
Septembre 2002.
<http://www.policyproject.com/pubs/countryreports/SADC.pdf>

Sow, Fatou & Bop, Codou (dir), « Notre corps, notre santé: La santé et la sexualité des femmes en Afrique subsaharienne », Paris, L'Harmattan, 2004.

Tabi, M. et S.Frimpong, « HIV infection of women in African countries », in *International Nursing Review*, 50, pp. 242-250, 2003.

Tallis, Vicci, « Gender and HIV/Aids: Overview report », *Institute of Development Studies*, Grande-Bretagne: septembre 2002,
http://www.ids.ac.uk/bridge/reports_gend_CEP.html

Tchak, Sami, « L'Afrique à l'épreuve du sida », L'Harmattan, 2000.

Vidal, Laurent, « Femmes en temps de sida : expériences d'Afrique », Paris, PUF, 2000.

Yole G. Sills, « The Aids pandemic: social perspectives », Greenwood Press, Westport 1994.

Zimbabwe Women's Ressource Center and Network, « Gender and HIV/aids: an analysis of Zimbabwe's National Policies and Programs on HIV/aids », Harare, Zimbabwe: 2003